



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KARLA GIOVANA BAVARESCO ULINSKI

**AS EMENDAS PARLAMENTARES FEDERAIS NO
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REPERCUSSÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

Londrina
2025

KARLA GIOVANA BAVARESCO ULINSKI

**AS EMENDAS PARLAMENTARES FEDERAIS NO
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REPERCUSSÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual de Londrina - UEL, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho.

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

U39a Ulinski, Karla Giovana Bavaresco .
As emendas parlamentares federais no financiamento da atenção primária à saúde : repercussões para a gestão municipal do SUS / Karla Giovana Bavaresco Ulinski. - Londrina, 2025.
182 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.
Inclui bibliografia.

1. Emendas Parlamentares - Tese. 2. Atenção Primária à Saúde - Tese. 3. Sistema Único de Saúde - Tese. 4. Gestão em Saúde - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

KARLA GIOVANA BAVARESCO ULINSKI

**AS EMENDAS PARLAMENTARES FEDERAIS NO
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REPERCUSSÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção ao título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Fabíola Sulpino Vieira
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Renne Rodrigues
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina. 31 de março, de 2025.

Aos meus queridos Alessandro, Marco e João.
E as mulheres do meu coração, Ilda e Luty.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e incentivadora neste percurso, Brígida Gimenez Carvalho por todo aprendizado, apoio e dedicação, a quem tenho imensa admiração;

Aos membros da banca, professoras Fernanda, Luciana e Fabíola e ao professor Renne, que tanto contribuíram para o resultado deste estudo e de meu aprendizado enquanto pesquisadora;

Aos membros suplentes dessa banca, André e João Felipe que sempre compartilharam suas experiências com grande generosidade;

Às professoras Fátima e Adelyne, que foram fundamentais na estruturação desta pesquisa;

À querida Talita, amiga que ganhei na trajetória do doutorado;

Às colegas do grupo de pesquisa GestSUS, importante espaço de compartilhamento e aprendizado;

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, com quem compartilho os desafios sobre a gestão do SUS;

A querida Paloma (*In memoriam*), que certamente teria contribuído neste estudo,

À minha família, entre eles meus irmãos, Paulo, Carlos Alberto e Silvio, meu cunhado Danilo, minha tia Nair e meus sogros, Odelvira e João Emídio;

E de forma muito especial, aos que não estão mais aqui, mas estariam cheios de orgulho, minha irmã Ângela e meu pai Arlindo. Quantas saudades!

RESUMO

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco. **As emendas parlamentares federais no financiamento da Atenção Primária à Saúde: repercussões para a gestão municipal do SUS.** 2025. 182 fls. Tese de Doutorado. Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina.

Desde a impositividade do orçamento federal, iniciada em 2014, tornou-se obrigatória a execução de parte das emendas parlamentares (EPs), e definiram-se percentuais mínimos a serem gastos em ações e serviços públicos de saúde com esses recursos. Com isso, essa fonte de financiamento passou a ocupar lugar de destaque nas despesas do Ministério da Saúde (MS), especialmente na modalidade de transferências aos municípios. Tais fatos, aliados a um contexto de austeridade fiscal, condicionaram as EPs como uma importante estratégia para o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito local. Frente a esse cenário, o objetivo principal desta tese foi analisar os efeitos da alocação de recursos federais por EPs para o financiamento da atenção primária e para a gestão financeira do SUS no âmbito municipal. O método envolveu duas etapas: uma, de abrangência nacional e caráter quantitativo, consistiu na análise de dados secundários sobre a execução das despesas em saúde do MS com foco nas transferências federais por EPs aos municípios. Nessa etapa, o efeito do repasse das EPs sobre o financiamento municipal foi verificado de forma estratificada por porte populacional dos municípios, por meio de modelos de equações de estimativas generalizadas. A outra etapa, de caráter qualitativo, compreendeu um estudo de caso, de cunho exploratório, desenvolvido em nove municípios da Macrorregião Norte do Paraná, por meio de entrevistas com equipes gestoras, realizadas entre julho e setembro de 2022, cujos resultados foram submetidos à análise hermenêutica crítica. A análise dos resultados apontou que o repasse de EPs para a APS apresentou: grande discrepância nos valores *per capita* entre os municípios de diferentes portes populacionais; inexistência de correlação com a despesa municipal em ASPs naqueles com mais de 10.000 habitantes; e associação inversa com a despesa em atenção primária à saúde ($p < 0,050$) em todos os grupos avaliados. O estudo de caso demonstrou que as EPs restringem a autonomia da gestão local do SUS, comprometem o processo de planejamento e a execução orçamentária-financeira. Conclui-se que as EPs não garantem maiores investimentos na APS no âmbito municipal; mas sim, substituem fontes de investimento, permitindo que recursos

próprios, anteriormente planejados para essa área, sejam destinados a outros fins. A coexistência de fragilidades estruturais de gestão - predominantes em grande parte dos municípios –, somada à escassez de recursos financeiros e à elevada demanda assistencial, favorece a configuração de uma lógica impulsiva na execução das EPs, em detrimento de ações planejadas e sustentáveis em áreas estruturantes da saúde, como é o caso da APS.

Palavras-chave: Emendas Parlamentares; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Municípios.

ABSTRACT

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco. **Federal Parliamentary Amendments in the Financing of Primary Health Care:** repercussions for the municipal management of the Unified Health System. 2025. 182 fls. Tese de Doutorado. Department of Public Health - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

Since the imposition of taxes on the federal budget began in 2014, it has become compulsory to implement part of the parliamentary amendments (PEs), and minimum percentages have been set to be invested in public health actions and services with these funds. As a result, this funding mechanism came to occupy a prominent place in Ministry of Health (MoH) spending, especially in the form of transfers to municipalities. These facts, combined with the context of fiscal austerity, have conditioned PHC as an important strategy for funding the Unified Health System (SUS) and Primary Health Care (PHC) at the local level. Given this scenario, the main objective of this thesis was to analyze the effects of the allocation of federal resources by EPs on the financing of primary care and on the financial management of the SUS at the municipal level. The method involved two stages: one, national in scope and quantitative in nature, consisted of analyzing secondary data on the execution of health expenditures by the Ministry of Health, with a focus on federal transfers to municipalities. In this stage, the effect of the transfer from the SPs on municipal financing was verified in a stratified way by population size of the municipalities, using generalized estimating equation models. The other stage, which was qualitative in nature, included an exploratory case study carried out in nine municipalities in the Northern Macroregion of Paraná, through interviews with management teams, carried out between July and September 2022, the results of which were subjected to critical hermeneutic analysis. Analysis of the results showed that the transfer of PS to PHC showed: a large discrepancy in per capita values between municipalities of different population sizes; no correlation with municipal expenditure on PHC in those with more than 10,000 inhabitants; and an inverse association with expenditure on primary health care ($p < 0.050$) in all groups of municipalities. The case study showed that the EPs restrict the autonomy of local SUS management, compromising the planning process and budget-financial execution. The conclusion is that the EPs do not guarantee greater investment in PHC at the municipal level; rather, they replace sources of investment, allowing their own resources, previously planned for this area, to be used for other purposes. The

coexistence of structural weaknesses in management - prevalent in most municipalities - together with the scarcity of financial resources and the high demand for care, favors the configuration of an improvised logic in the implementation of the EPs, to the detriment of planned and sustainable actions in structural areas of health, such as PHC.

Keywords: Parliamentary Amendments; Primary Health Care; Unified Health System; Health Management; Municipalities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estado do Paraná e suas Macrorregiões de Saúde.	77
Figura 2 - Localização dos municípios do estudo por região de saúde - Macrorregião Norte do Paraná.	81
Figura 3 - Forma de apresentação da execução orçamentária dos recursos provenientes de emendas parlamentares no Relatório Anual de Gestão.....	123
Figura 4 - Estrutura de Classificação Programática e códigos identificadores da despesa para objetos financiáveis por emendas parlamentares.	124

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Transferências federais para o financiamento das ASPS por área de repasse, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022. 90
- Gráfico 2** - Evolução das Transferências do Ministério da Saúde aos Municípios: Totais e Distribuição por Áreas, APS e MAC, 2015 – 2022..... 91
- Gráfico 3** - Transferências federais para o financiamento da APS, por EPs e programáticas, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022. 92
- Gráfico 4** - Evolução das transferências federais por EPs em ASPS e por área de financiamento - APS e AE, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022..... 93
- Gráfico 5** - Despesas empenhadas com fonte de recursos provenientes de emendas parlamentares, por elemento de despesa e porte municipal, 2021-2022. 121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores relativos aos indicadores utilizados para a seleção dos municípios da macrorregião Norte do PR.....	78
Tabela 2 - Categorização dos Municípios segundo indicadores de elegibilidade. ...	80
Tabela 3 - Perfil dos municípios selecionados segundo indicadores sociodemográficos.....	82
Tabela 4 - Participação das receitas de impostos e transferências intergovernamentais na receita total dos municípios estudados, 2021 – 2022.....	83
Tabela 5 - Participação das transferências intergovernamentais ao SUS e despesa em saúde entre os municípios estudados, 2021 - 2022.	83
Tabela 6 - Capacidade instalada da APS entre os municípios selecionados, 2022.	84
Tabela 7 - Despesas com saúde por municípios brasileiros, conforme Lei Complementar 141/2012, segundo ano e porte dos municípios, 2015 - 2020.	94
Tabela 8 - Despesas do MS em emendas parlamentares, por transferências aos municípios, segundo ano e porte municipal, 2015 - 2020.	96
Tabela 9 - Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ASPS e APS dos municípios brasileiros, segundo porte populacional, 2015 – 2020.	97
Tabela 10 - Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ASPS e APS dos municípios brasileiros, segundo porte populacional, excetuando o ano de 2020 em razão da pandemia da COVID-19, 2015 – 2019.	98
Tabela 11 - Emendas parlamentares alocadas ao SUS, entre os municípios estudados, por legenda partidária, 2021-2022.	100
Tabela 12 - Incremento ao teto do piso da atenção primária à saúde por emendas	

parlamentares entre os municípios participantes do estudo, 2022..... 103

Tabela 13 - Alocação das emendas parlamentares por subfunção e natureza da despesa, 2021-2022..... 104

Tabela 14 - Situação dos Planos Municipais de Saúde entre os municípios do Estado do Paraná e na Macrorregião Norte de saúde, 2018-2021; 2022-2025. 110

Tabela 15 - Participação das emendas parlamentares nas despesas municipais, por elemento de despesa e porte dos municípios, 2021-2022. 112

Tabela 16 - Situação dos Relatórios Anuais de Gestão nos municípios do estado do Paraná e na Macrorregião Norte de saúde, 2018 - 2022. 122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais regramentos e disposições que tratam do planejamento governamental no Brasil.....	55
Quadro 2 - Principais regramentos e disposições que tratam do planejamento governamental no SUS.....	56
Quadro 3 – Descrição das variáveis dependentes e independentes utilizadas para a análise de associação	72
Quadro 4 - Descrição das variáveis utilizadas para analisar a tendência dos recursos transferidos do MS aos municípios.....	74
Quadro 5 - Categorias de classificação municipal quanto a importância da APS no gasto municipal em saúde e das EPs nas transferências federais para APS.....	79
Quadro 6 - Perfil dos entrevistados participantes do estudo.	85
Quadro 7 - Dimensões e aspectos considerados para a análise das entrevistas....	88
Quadro 8 - Fontes de informação para análise documental.	89
Quadro 9 - Abordagem das Emendas Parlamentares nos Planos Municipais de Saúde entre os municípios participantes do estudo (2018-2021 e 2022-2025).....	107
Quadro 10 - Síntese dos resultados das entrevistas por dimensão de análise.	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e serviços públicos de saúde
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão intergestores bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
EC	Emenda constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EP	Emenda parlamentar
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GND	Grupo de Natureza da Despesa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de responsabilidade fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MPP	Municípios de pequeno porte
MGP	Municípios de grande porte
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma operacional básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PAP	Piso da Atenção Primária
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PSF	Programa Saúde da Família
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIB	Produto interno bruto
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PPA	Plano plurianual
PPB	Programa Previne Brasil
RCL	Receita corrente líquida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
2.1	Conceitos Sobre Federalismo e o Caso Brasileiro.....	28
2.2	Descentralização, Municipalização e a política de saúde no brasil	35
2.3	Trajectoria do Financiamento do SUS – Notas Críticas e Perspectiva Histórica .	41
2.4	Caminhos do Financiamento Federal da Atenção Primária à Saúde no Brasil ..	48
2.5	Planejamento e Gestão Financeira No SUS	53
2.6	As Emendas Parlamentares e o Financiamento Do SUS e da APS.....	59
3	OBJETIVOS.....	67
3.1	Objetivo geral.....	67
3.1.1	Objetivos Específicos.....	67
4	MÉTODO.....	68
4.1	Estudo Quantitativo - Repasses Federais de Emendas e o Financiamento Municipal da APS no Brasil	69
4.1.1	Análise da Associação entre EPs da APS e o Gasto Municipal	72
4.1.2	Análise de Tendência	74
4.2	Estudo Qualitativo - O Caso da Macrorregião Norte do Paraná	76
4.2.1	Campo de Estudo	76
4.2.2	Seleção dos participantes da pesquisa	77
4.2.3	Caracterização dos municípios e entrevistados do estudo.....	81
4.2.4	Coleta dos dados - entrevistas.....	86
4.2.5	Análise das entrevistas	87
4.2.6	Obtenção e análise dos dados secundários.....	88
5	RESULTADOS.....	90
5.1	Repasses Federais de Emendas e o Financiamento Municipal da APS no Brasil	90
5.2	O Caso da Macrorregião Norte do Paraná	98
5.2.1	Captação de Emendas Parlamentares - Relações, Fluxos e Estratégias	98
5.2.2	Planejamento, Gestão Financeira e as EPS	106

5.2.3	Operacionalização das Emendas Parlamentares no Âmbito Municipal	116
5.2.4	Concepções e Percepções das Equipes Gestoras sobre as Emendas Parlamentares	125
6	DISCUSSÃO	133
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
8	REFERÊNCIAS.....	147
9	APÊNDICES	157
	APÊNDICE A - Artigo Publicado.....	158
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista.....	173
10	ANEXO.....	179
	ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido	179

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata das repercussões da alocação de recursos financeiros por emendas parlamentares (EPs) federais da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

A análise da condução da política de saúde no Brasil demonstra transformações que se concretizaram desde os anos 1990, relacionadas às alterações na estrutura e papel do Estado e à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MELAMED; PIOLA, 2011). A marca da política de saúde anterior era a fragmentação institucional, configurada pela presença de dois ministérios federais na condução da política, pelo papel subalterno de estados e municípios, pela privatização da oferta de serviços e pelo baixo poder regulatório do Estado (VIANA; MACHADO, 2009).

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988), além de legitimar o processo de redemocratização, promoveu a descentralização política e financeira que destacam, de forma peculiar, o federalismo no Brasil (SOUZA, 2002; ABRUCIO, 2022). A estrutura resultante possui múltiplos centros de poder, e se caracteriza como um sistema complexo e interdependente (SOUZA, 2001). A partir dos anos de 1990 o Ministério da Saúde (MS) passou por um processo de redefinição político-institucional, guiado por dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional e a descentralização político-administrativa (VIANA; MACHADO, 2009).

Tal dinâmica se refletiu sobre a organização e financiamento da saúde no país, que desde os anos 1990 teve a redefinição de competências entre os entes governamentais abrangendo a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros do governo federal para os estados e principalmente para os municípios. No entanto, embora previsto na CF/1988, que a política de saúde seja de responsabilidade dos três entes governamentais, e que estes devam exercê-la de forma compartilhada, o financiamento do SUS enfrenta desafios estruturais, marcado por medidas de ajuste fiscal e restrição de gastos, principalmente no que se refere à participação do ente federal neste processo (LIMA, 2008; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Em resposta, tendo em vista garantir a sustentabilidade do SUS, diversos foram os esforços das entidades e dos movimentos sociais em defesa da vinculação de recursos à saúde por parte do governo central e dos entes subnacionais. Um

importante marco se deu, em setembro de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000). Por meio da EC 29/2000, estados e municípios tiveram sua participação no financiamento da saúde vinculada à sua receita tributária, ficando obrigados a aplicar 12% e 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, respectivamente. No entanto, por parte da União, a vinculação não foi atrelada à arrecadação de tributos, mas sim ao cálculo sobre a variação do Produto Interno Bruto (PIB) (PIOLA et al., 2013).

Nos primeiros anos de vigência da EC 29/2000, por interpretação adversa ao entendimento do MS, a União limitou suas despesas ao cálculo a uma base fixa sobre a qual incidiria a variação do PIB para o ano de 1999. Com isso, o que deveria ser um piso, transformou-se em teto (PIOLA et al., 2013; PIOLA; BARROS, 2016). A regulamentação da EC 29/2000, ocorreu somente após doze anos de sua vigência, com a aprovação da Lei complementar nº 141/2012 (LC 141/2012) (BRASIL, 2013).

Além dessa regulamentação, a LC 141/2012 trouxe importantes contribuições para o SUS, como a definição do que se consideram despesas com ações e serviços públicos em saúde (ASPS), a valorização dos instrumentos de planejamento e dos mecanismos de controle social, o entendimento quanto à movimentação e aplicação dos recursos financeiros por meio de transferências fundo a fundo, mas frustrou ao não instituir nenhum aumento quanto a participação federal no financiamento do SUS (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Diferente do que ocorreu com os índices mínimos fixados para estados e municípios investirem em ASPS, o valor correspondente à vinculação pela União foi objeto de sucessivas reformulações. Estas foram iniciadas a partir de 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015), que entre outras sanções, mudou a forma de vinculação do piso em ASPS, passando a ser um percentual escalonado sobre a receita corrente líquida (RCL). Os valores partiriam de 13,2% em 2016 e chegariam a 15% em 2020 (SERVO et al., 2020).

No entanto, ainda em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), que antecipou o piso de 15% para 2017, mas nos anos seguintes, neutralizou as regras vinculativas da EC 86/2015, ao estabelecer um teto de gastos para despesas primárias da União, incluindo saúde e educação (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019). Com a vigência do Regime Fiscal Sustentável (RFS) instituído pela Lei Complementar (LC) nº 200/2023, e efeitos a partir de 2024, a correção do

piso pela inflação deixou de ser aplicada, e os gastos mínimos com saúde voltaram a corresponder a 15% da RCL. Em linhas gerais, o que se observou após a incidência de regras vinculativas para o piso em ASPS, foi a crescente participação dos entes federados sobre o financiamento do SUS, com maior peso sobre os municípios, certa estabilidade por parte dos estados, mas menor comprometimento por parte da União (ANSILIERO et al., 2023).

Tal informação pode ser constatada avaliando-se a proporção dos gastos em saúde dos entes em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, bem como suas participações no financiamento total do SUS. Conforme consta, a participação municipal, que em 2010 era 1,0%, passa para 1,4% do PIB em 2022; os estados pouco variaram, mantendo-se ao longo do período com valores entre 0,9 e 1,1%. No caso da União, à exceção dos anos 2020 e 2021, a variação também foi pequena, e os gastos na área não ultrapassaram 1,7% do PIB (PIOLA; VIEIRA, 2024).

Quando o parâmetro tomado é a participação percentual dos entes sobre o custeio do SUS, evidencia-se neste caso, a redução por parte da União, partindo de 59,8%, no ano 2000, para 37,6% em 2022; enquanto os municípios e estados passaram no mesmo período, de 21,7% para 34% e 27,2% para 28,4%, respectivamente (ANSILIERO et al., 2023; PIOLA; VIEIRA, 2024).

A progressiva diminuição da participação proporcional do ente federal no financiamento das ASPS contrasta com seu perfil tributário, que concentra a arrecadação sobre as contribuições destinadas a financiar a Seguridade Social. Por outro lado, a despeito de que os governos locais teriam sido os maiores beneficiários quanto à descentralização fiscal, e que isso poderia lhes garantir certa “independência financeira”, esta não é a realidade predominante no país (SOUZA, 2011). O cenário que se apresenta é o de muitos municípios sobrevivendo às custas de transferências federais e estaduais, situação que limita sua sustentabilidade e a autonomia diante aos demais entes (GRIN, 2021; GIACOMETTI et al., 2023).

Em contraponto, em que pese a redução proporcional e progressiva da participação da União nas despesas do SUS, sua contribuição corresponde ainda a aproximadamente um terço do custeio de todas as áreas de atenção. Isso a destaca como o único ente federativo com protagonismo sobre a manutenção de todas as funções de atenção à saúde, o que lhe confere uma posição privilegiada sobre a coordenação e indução de ações que visem a promoção de políticas de seu interesse

(SERVO et al., 2020).

A exemplo, está a estratégia de financiamento realizada pelo governo federal na atenção primária à saúde (APS) no final dos anos 1990. A dinâmica praticada favoreceu a expansão e a descentralização dos serviços, possibilitou a redistribuição de recursos financeiros para municípios situados em regiões mais vulneráveis, e compensou, ainda que de modo insuficiente, as iniquidades no financiamento em saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Neste caso, destaca-se como instrumento indutor a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que representou a ruptura com o modelo de financiamento do pagamento por produção sobre os serviços da APS. Além da criação de incentivos financeiros estratégicos, vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente nominado Estratégia Saúde da Família (ESF), instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, marcado por seu caráter programático e equalizador, garantindo a regularidade na alocação dos recursos federais (CASTRO; MACHADO, 2010).

Outros dois eventos marcantes no mesmo caminho de fortalecimento da APS, foram as duas primeiras edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A primeira, publicada no ano de 2006, priorizou a APS como porta de entrada do SUS e a ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde (RAS); e destacou a ESF como estratégia orientadora do modelo de atenção. A segunda, em 2011, reforçou o papel da ESF como a estratégia principal de organização e expansão da APS, e ampliou as possibilidades de adesão a programas financiados por meio do componente variável do PAB, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Nesta trajetória, a APS tornou-se uma das principais áreas de gasto do SUS no âmbito federal, e configurou-se como a política de maior abrangência no que se refere à saúde, estando presente na totalidade de municípios do país (PEREIRA et al., 2022).

Contudo, o processo de valorização de atributos de uma APS robusta passa a sofrer reveses decorrentes da publicação da terceira PNAB, em 2017, com a descaracterização de vários elementos estruturantes da política inicialmente concebida. Mas, foi em 2019, com o Programa Previne Brasil (PPB) que as mudanças são acirradas, incidindo fortemente sobre a forma de financiamento da APS, destacando-se, entre elas, o fim do PAB-Fixo (PEREIRA et al., 2022).

Diante de seu descompasso com as propostas do governo iniciado em 2022, o

PPB foi substituído, e a partir de 2024 foi proposto novo modelo de financiamento para a área, passando a basear-se em três componentes principais: *i)* fixo por equipe; *ii)* vínculo e acompanhamento territorial; e *iii)* qualidade e indução de boas práticas (BRASIL, 2025). Ainda em fase de implementação, conforme proposta do MS, buscase com o novo modelo, ampliar e qualificar a porta de entrada preferencial do SUS, retomando a ênfase no princípio da equidade e na definição das transferências de recursos do SUS aos municípios (BRASIL, 2024).

Todavia, outro fator passou a inserir-se neste contexto de mudanças e insuficiência de recursos que acompanham a trajetória da política de saúde, aferindo ainda maior complexidade ao financiamento do SUS e da APS: as emendas parlamentares. Embora desde a Constituição de 1988 (CF 1988), a participação do poder legislativo se apresente como uma possibilidade para a alocação de recursos no âmbito municipal, foi a partir da impositividade do orçamento, em 2014, que as EPs passaram a representar, gradativamente, significativa importância para a gestão financeira do SUS entre os municípios (VIEIRA, 2022).

No Brasil, a relação entre os poderes Executivo e Legislativo é permeada por muitas tensões que, em grande parte, têm como ponto central o processo orçamentário do país. A prerrogativa de propor e decidir sobre a execução do orçamento federal, historicamente, centrou-se no poder Executivo. Ao poder Legislativo, competia acompanhar e fiscalizar sua condução, dentro de uma agenda majoritariamente conduzida pela Presidência, estruturada para viabilizar as políticas públicas conforme o orçamento proposto (BAPTISTA et al., 2012).

Em resumo, essa dinâmica se refletia sobre a execução orçamentária das EPs, que constavam em sua integralidade como parte de um orçamento autorizativo, garantindo ao Executivo federal o protagonismo sobre sua execução. Tal situação era motivo de descontentamento por parte dos parlamentares, que oportunamente, em um momento de crise institucional exacerbada por questões de ordem econômica, conseguiram incluir as regras já vigentes na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2014, na CF 1988, aprovando a EC 86/2015 (PIOLA; VIEIRA, 2019).

O texto incluído na Constituição determinava que as emendas individuais seriam de execução obrigatória, obedecendo um limite de 1,2% da RCL, e metade dos valores correspondentes deveriam ser alocados ao financiamento das ASPs. Tão logo a aprovação da EC 86/2015, o Ministério da Saúde (MS) passou a autorizar a

execução de EPs para o custeio da atenção primária e de média e alta complexidade, por meio do Incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) e do Incremento do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC), respectivamente (PIOLA; VIEIRA, 2019).

A partir da LDO de 2016, a impositividade passou a incidir também sobre as emendas de bancada, sendo posteriormente incorporada ao texto constitucional em 2019 por meio da EC nº 100 (EC 100/2019) (SANTOS; GASPARINI, 2020). Em 2022, a EC nº 126 (EC 126/2022), seguindo a tendência de ampliação do escopo da impositividade, elevou o limite para a execução de emendas individuais para 2% da Receita Corrente Líquida (RCL), mantendo a regra de que metade desse valor deve ser alocado em ASPS (BRASIL, 2023).

Para 2025, em conformidade com a Lei Complementar nº 210, de 26 de novembro de 2024 (LC 210/2024), além da parcela das emendas individuais, 50% das emendas de comissão deverão ser destinadas ao SUS. Assim, com um orçamento previsto para o Ministério da Saúde de R\$ 227,5 bilhões em ASPS — dos quais apenas R\$ 56,1 bilhões correspondem a despesas discricionárias —, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) reserva R\$ 19,5 bilhões especificamente para a execução de emendas impositivas (BRASIL, 2025).

O fato é que as EPs passaram a representar uma parcela significativa das despesas não obrigatórias do orçamento da União, ampliando as preocupações sobre a destinação desses recursos. A partir de dezembro de 2022, com a constatação do elevado volume de emendas parlamentares alocadas sem transparência, o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu-se em um contexto de embate institucional sobre o tema e decidiu pela inconstitucionalidade da execução das emendas de relatoria da forma como vinha ocorrendo (VIEIRA, 2024). Em 2025, as tensões ainda persistem, e a votação do orçamento para o referido ano ocorreu apenas em março. Embora a intervenção do STF tenha contribuído para melhorar a rastreabilidade desses repasses, permanecem outros impasses, entre eles o volume expressivo de recursos, cujo desfecho ainda parece distante de acontecer.

Mesmo em tempo anterior à impositividade, a participação das EPs no orçamento federal brasileiro despertava interesse, sendo abordadas na literatura científica com enfoques distintos. Parte dos trabalhos concentrou-se nos anos 2000, e direcionaram-se para a compreensão da dinâmica das relações executivo-legislativo e suas repercussões sobre as políticas públicas. Com esse propósito, alguns autores

enfatazaram as EPs como instrumento clientelista, utilizado pelos parlamentares com fins eleitorais, o que contribuiu para a iniquidade na alocação de recursos públicos (PEREIRA; MUELLER, 2002; AMES, 2003). Entretanto, outros refutaram esse argumento e destacaram a força do executivo no direcionamento das EPs e a atuação disciplinada dos legisladores para apoiar e fortalecer iniciativas coletivas e programas implementados pelo governo (ARRETCHE; RODDEN, 2004; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2005).

Embora pesquisas voltadas especificamente para a análise da atuação do legislativo no financiamento da saúde tenham sido desenvolvidas ainda no início de 2010 (BAPTISTA et al., 2012), estas se ampliaram a partir de 2015, com o aumento da participação das EPs no financiamento da saúde. Neste campo, alguns dos principais estudos questionaram os efeitos das EPs sobre o desinvestimento em políticas estruturantes do SUS (CARNUT et al., 2021; PADILHA et al., 2019); a baixa qualidade e adequação do gasto público às necessidades locais (BAIÃO; COUTO; DE OLIVEIRA, 2020; MEDINA et al., 2023); e as distorções da alocação de recursos federais pela ótica da equidade (VIEIRA; LIMA, 2023).

Entre as contribuições recentes no debate sobre o financiamento do SUS, destaca-se a análise conduzida por Silva et al. (2024), que identificam a APS como a principal área de alocação de EPs nas transferências aos municípios. Os autores também alertam para o risco de desassistência de serviços e descontinuidades de políticas devido à dependência crescente desses recursos, caracterizados pela instabilidade e imprevisibilidade na sua alocação.

As preocupações se intensificam ao considerar que a obrigatoriedade da execução das EPs pelo executivo federal tende a interferir sobre o poder de coordenação do SUS na condução de suas políticas, como no caso da APS. Esta área historicamente teve seu financiamento ancorada nos mecanismos de transferências programáticas do MS, desempenhando papel fundamental na redução de iniquidades em saúde (VIANA; MACHADO, 2009). Além disso, questões que incidam sobre o financiamento federal da APS repercutem diretamente sob a gestão local do SUS, tornando de grande importância o monitoramento sobre suas possíveis implicações.

No entanto, embora os estudos sobre o tema tenham se diversificado nos últimos anos, a literatura existente ainda não investigou as repercussões das EPs da APS sobre a gestão financeira e orçamentária do SUS com foco nas despesas dos

municípios. Considerando tamanha relevância e reduzida abordagem do tema, questiona-se: Como as transferências federais por EPs para a APS, desde a aprovação da EC 86, repercutiram sobre a gestão local do SUS, especialmente sobre os seus aspectos financeiros?

Como forma de responder a esta questão, e contribuir para o debate sobre a inserção das EPs no financiamento do SUS e da APS, esta tese está estruturada, além desta, em seis seções. A próxima seção trata do referencial teórico, a terceira explicita os objetivos do estudo e a quarta, o método. A quinta apresenta os resultados das análises de âmbito nacional e do estudo de caso, e a sexta, a discussão. Por fim, a sétima e última seção, apresenta as considerações finais e limitações desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que estrutura esta tese busca subsidiar a compreensão dos achados deste estudo, que resultam da interação de múltiplos elementos relacionados à organização política do país e seus reflexos sobre a gestão financeira do SUS e da APS no âmbito municipal. Para isso, foram construídas seis subseções.

A primeira, “Conceitos sobre Federalismo e o caso Brasileiro” contextualiza o federalismo e outras formas de Estado, identificando as especificidades do modelo brasileiro apoiando a compreensão da configuração institucional e político do nosso país. Na sequência, “Descentralização, Municipalização e a Política de Saúde no Brasil”, aborda as implicações da maior autonomia conferida aos entes subnacionais e os desafios de coordenação entre União, estados e municípios na implementação da política de saúde no Brasil no pós-constituente.

A partir desse contexto, seguem as subseções “Trajetória do Financiamento do SUS – Notas Críticas e Perspectiva Histórica”; “Caminhos do Financiamento Federal da Atenção Primária à Saúde no Brasil” e “Planejamento e Gestão Financeira no SUS” - que tratam, respectivamente, da evolução do financiamento do SUS e da APS e do complexo processo de planejamento e gestão orçamentária-financeira relacionados ao sistema de saúde no âmbito municipal.

Por fim, encerra-se com a subseção “As Emendas Parlamentares e o Financiamento do SUS e da APS”, que traça um panorama da literatura sobre as EPs como mecanismo de financiamento da saúde, e o papel do poder Legislativo na alocação de recursos ao SUS e à APS, fio condutor para os encaminhamentos desta pesquisa.

2.1 CONCEITOS SOBRE FEDERALISMO E O CASO BRASILEIRO

Para Machado e Soares (2017), do ponto de vista apenas normativo, considerando a forma que uma Nação incorpora o federalismo como um princípio constitucional, defini-lo torna-se relativamente trivial, e que encontra certo consenso na literatura:

Uma forma de organização do poder político no Estado nacional caracterizado pela dupla autonomia territorial. Isto significa a

existência de dois níveis territoriais autônomos de governo: um central (o governo nacional) e outro descentralizado (os governos subnacionais). Os entes governamentais têm poderes únicos e concorrentes para governarem sobre o mesmo território e povo, sendo que a União governa o território nacional e seus cidadãos, enquanto as unidades subnacionais governam uma parte delimitada do território nacional com seus habitantes. Ambos atuam dentro de um campo pactuado de competências (apud SOARES, 2017, p. 13)

A literatura também converge na afirmação de que não há um modelo único de federação, existindo uma ampla diversidade de arranjos federativos (SOUZA, 2019). No entanto, diversos estudiosos destacam a complexidade do tema e classificam a descrição acima como federalismo moderno, cujas origens remontam à Constituição dos Estados Unidos da América (EUA), em 1787. Além disso, enfatizam que o conceito de federalismo não é recente, com registros históricos que apontam sua existência já no século XII a.C. (SOUZA, 2008; SOARES; MACHADO, 2017).

Ao longo do tempo, o entendimento sobre o federalismo variou significativamente, chegando a ser utilizado, em determinados contextos, como sinônimo de confederação (SOARES; MACHADO, 2017). Contudo, neste último modelo, os estados-membros têm maior autonomia política em relação ao governo central, que assumem um papel mais restrito de coordenação de esforços (GADELHA, 2018). Atualmente, a organização política da União Europeia é frequentemente mencionada como um exemplo contemporâneo que mais se aproxima da lógica confederativa (BARATA, 2023).

Dito isso, nota-se que o federalismo moderno se distingue da confederação por apresentar uma maior concentração do poder político no governo central, ao contrário do que ocorre nas nações confederadas, onde os países membros possuem maior autonomia. Além disso, contrapõe-se ao Estado unitário, cuja principal característica é a concentração do poder político em um único ente, o governo central. No federalismo, por outro lado, há pelo menos dois níveis de governo, que exercem autoridade sobre o mesmo território e população, com uma descentralização formal de competências do governo central para as unidades subnacionais. Vale destacar, que o Estado unitário é uma forma de organização predominante entre os países ao redor do mundo (ABRUCIO, 2022).

Comparado às duas formas de organização citadas, de Estado confederado e de Estado unitário, pode-se dizer que o federalismo possui um grau intermediário no que se refere à descentralização do poder e busca conciliar vantagens de ambas as estruturas: a autonomia das partes e o caráter contratual entre elas, características da Confederação, e a interdependência entre as unidades subnacionais mediada por um governo central, presente nos estados Unitários (ABRUCIO, 2003).

Nesta perspectiva, apesar de condicionante, denota-se que a divisão do território nacional em unidades constituintes não é, por si só, atributo exclusivo das federações. Os recortes territoriais existem inclusive nos países unitários, pois a divisão facilita a administração de um Estado nacional, principalmente quando esse apresenta grande extensão territorial. Ou seja, tal característica de forma isolada não garante autonomia política aos territórios de uma nação (SOARES, 1998).

Neste sentido, Elazar (1987), defende que o ponto central que distingue os países unitários das federações diz respeito a forma como se relacionam o centro e as unidades territoriais, se hierarquicamente ou de forma mais igualitária, com comunicações múltiplas entre as instituições nacionais e subnacionais. Compreende ainda, que o desenho político territorial do federalismo distribui a autoridade do Estado em múltiplos centros definidos e ordenados territorialmente, e permite o exercício simultâneo do governo autônomo “*self-rule*” e compartilhado “*shared-rule*”, gerando uma combinação entre autonomia e interdependência dos entes federativos.

A necessidade simultânea de instituir formas coletivas de exercício do poder e de preservação de autonomia e singularidade explica-se pelo certo senso de identidade nacional em uma população que apresenta expressiva diversidade. Dessa forma, o caráter horizontal das relações intergovernamentais em uma federação apoia-se em uma base político-institucional complexa e desafiadora, frente a necessidade pelo equilíbrio entre competição e cooperação. Torna-se imprescindível impor limites que regulem as tendências centrífugas — que impulsionam a fragmentação e o distanciamento entre os entes — e centrípetas — que reforçam a centralização e a concentração de poder na União —, de modo que nenhum nível federativo extrapole suas prerrogativas (SOARES; MACHADO, 2017).

De forma crítica, para William Riker (1964), o federalismo é um pacto político resultante de negociações, no qual os governos cedem parte de sua soberania em troca de benefícios, tendo como objetivo principal a expansão territorial. Sua teoria

concentra-se em analisar como as instituições moldaram a competição política e criaram incentivos para que as elites políticas apoiassem ou rejeitassem o federalismo. Riker também refuta o argumento de que a organização política federalista, por si só, produza efeitos significativos sobre as políticas públicas. Argumenta que, ao se comparar as políticas públicas entre estados unitários e federações, as diferenças seriam menos expressivas do que aquelas observadas quando se comparam os mesmos estados federativos em diferentes períodos históricos. Ou seja, para o autor, as variações internas ao longo do tempo em uma federação tendem a ser mais relevantes do que as diferenças entre distintos modelos de organização estatal. Considerando os diferentes contextos históricos e institucionais, sua abordagem foi alvo de críticas, especialmente por não contemplar as especificidades do federalismo brasileiro (SOUZA, 2008).

Costa (2007), busca distinguir duas perspectivas entre o sentido ideológico do federalismo e a prática em si, para que não se confundam opiniões e anseios com a realidade política que se busca compreender. O autor defende que existem dois significados que distinguem o conceito atribuído ao federalismo: o que provém do desígnio de uma ideologia política, que se traduz em um conjunto de ideias de como se governa um Estado; outro, como desígnio dos arranjos institucionais, que definem de fato como um Estado federal é concretamente governado.

Sobre a ideologia, cita a concebida originalmente pelos criadores do federalismo norte-americano, que trata de uma forma de organização política que centraliza em parte, o poder em um Estado resultante da união de unidades políticas preexistentes que não aceitam ser dissolvidas num Estado unitário, e um segundo tipo, predominante e presente em países como Alemanha, Argentina e Brasil, que têm o federalismo como forma de descentralizar o poder em Estados centralizados (COSTA, 2007).

Ao que se refere aos arranjos institucionais, entende que estes demonstram o funcionamento real do federalismo de um país, e, para compreendê-lo, faz-se necessário estudar suas principais instituições políticas e administrativas, como o judiciário, a burocracia, os partidos, as casas de leis e o executivo em todos seus âmbitos: nacional, estadual e municipal. Ou seja, a palavra federalismo pode designar ideias muito diversas, e até opostas, a depender da perspectiva avaliada (COSTA, 2007).

O Brasil não nasceu como uma Federação, mas sim, como um Estado unitário, e assim permaneceu por aproximadamente 70 anos. O federalismo brasileiro, embora inspirado no modelo norte americano, caracterizou-se por um processo de descentralização de poder, que ocorreu do centro para os estados, de forma oposta ao paradigma dos EUA (ABRUCIO, 2022). Tais movimentos, foram denominados por Alfred Stepan (1999), de "manter a união" - "*holdtogether*", que se refere ao país que já possui um Estado central prévio ao pacto federativo, e de "*unir*" "*come together*", que se refere as partes virem antes e constituírem o todo num pacto original (STEPAN, 1999).

No mesmo sentido, Abrucio (2022), denomina a dinâmica originária do federalismo brasileiro como centrífuga, e, a norte-americana como centrípeta. O autor destaca ainda, que a gênese do federalismo no Brasil, instituída em 1889 com a Proclamação da República, mas consolidado na Constituição no ano de 1891, ocorreu no contexto de uma forte fragmentação do poder, com a crise do império; a formação de uma aliança civil militar e com elites locais descontentes. Este processo culminou no novo regime político, de uma república federativa, que buscou, ao mesmo tempo, atender aos interesses das oligarquias regionais, sem, no entanto, comprometer a unidade do Estado nacional brasileiro (ABRUCIO, 2022).

Além da perspectiva da origem, Almeida (2001) destaca três outros pontos principais abordados pela ciência política sobre o federalismo brasileiro: *i)* representação política e democracia; *ii)* governabilidade; e *iii)* relações intergovernamentais e políticas públicas.

Para a representação política, um dos enfoques é dado à configuração institucional do Legislativo, que tem em suas duas Câmaras, seus membros eleitos por Unidades da Federação (UF). No caso do Senado, as 81 cadeiras dividem-se de forma igualitária, entre os 26 estados e o Distrito Federal. Na Câmara dos Deputados, há uma distinção conforme o porte populacional, de no mínimo oito parlamentares aos estados menos populosos, e no máximo 70, para os locais com maior população (FRANZESE, 2010; CINTRA et al., 2015).

No entanto, a diferenciação proposta não supera a questão da heterogeneidade demográfica, e a distorção quanto a representação dos estados nas Casas de Lei é facilmente identificada ao comparar-se os dois extremos populacionais entre os estados brasileiros: São Paulo e Roraima. Enquanto o primeiro possui um deputado

para 634.529 habitantes, o segundo apresenta uma razão de 1 / 79.589 pessoas, demonstrando a sobrerrepresentatividade em favor dos estados menos populosos (FRANZESE, 2010).

Além disso, Cintra et al. (2015), defendem que a representação idealizada dos 513 deputados federais como defensores dos interesses nacionais não se concretizaria. Isso porque a combinação entre o modelo do sistema eleitoral brasileiro, de votação proporcional de lista aberta, e o anseio pela reeleição, repercutiriam sobre o comportamento dos parlamentares. Estes tenderiam a privilegiar suas bases eleitorais atendendo interesses específicos de seus estados e regiões, em detrimento de pautas mais amplas e de abrangência nacional.

Abranches (1988), ao analisar a organização política do Brasil, intitula seu trabalho como “dilema institucional brasileiro” justificando a configuração heterogênea e complexa existente. Segundo o autor, a combinação dos elementos, federalismo, presidencialismo, bicameralismo, multipartidarismo e representação proporcional, propiciariam a origem de conflitos e instabilidades, desafiando a governabilidade do país. No intuito de evitar entraves e garantir maior viabilidade para a implementação de sua agenda, o Executivo federal precisaria formar amplas coalizões. A esse arranjo, o autor denominou “presidencialismo de coalizão”.

Todavia, a conotação dada por Abranches (1988) é interpretada como negativa por Limongi e Figueiredo (2017), por entenderem que o autor caracteriza o sistema político brasileiro como uma conjuntura atípica e inviável, mantida sobre bases partidárias frágeis e instáveis, não dando a sustentabilidade necessária ao presidente para governar. Contra-argumentam, criticando a perspectiva de Abranches (2001, p. 269):

...O problema não está, portanto, na relação entre Executivo e Legislativo que o presidencialismo de coalizão determina. Está na relação entre partidos e eleitores, que não está também associada às regras eleitorais, mas no nível de desenvolvimento cívico do eleitorado, entre outras coisas”.

Desta premissa, os autores concluem que o debate não seria institucional, e não se teria o que apontar sobre o sistema, uma vez que o problema estaria na sociedade, e não no presidencialismo, ou mesmo na coalizão.

Diante do desenho institucional, Stepan (1999), distingue o caso brasileiro de

outras federações pelo alto poder de veto verificado no plano federal, no entendimento que este atuaria com sobrepeso ante uma maioria democrática. No entanto, há contraponto à essa perspectiva, sob a prerrogativa de que a CF/1988 conferiu ao governo central amplas competências legislativas em áreas estratégicas, permitindo mudanças no *status quo* sem que haja necessariamente, dependência da aprovação de emendas à constituição ou do aval das unidades federativas (ARRETCHE, 2013).

A separação entre os poderes, salvo em períodos autoritários, sempre norteou as constituições brasileiras. O arranjo atual prevê um sistema de freios e contrapesos complexos, diante de um federalismo pautado em mecanismos de cunho cooperativo, mas marcado por conflitos nas relações intergovernamentais, que o revelam altamente competitivo, tanto vertical como horizontalmente (SOUZA, 2005).

Nesta dinâmica, o Executivo é o principal responsável pela iniciativa de leis, enquanto o Congresso aprecia propostas do governo, aprova o orçamento e pode instaurar processos contra o Presidente da República, cuja decisão cabe ao Senado Federal. Este, por sua vez, acumula amplas atribuições, como julgar autoridades do STF, ratificar prazos presidenciais e deliberar sobre empréstimos para estados e municípios. Ainda assim, o STF mantém a prerrogativa de declarar a inconstitucionalidade de leis ou atos provenientes de qualquer esfera, assegurando a separação dos poderes e equilibrando a dinâmica federativa (SOUZA, 2005).

Para além dos aspectos apresentados, a perspectiva do federalismo sobre as relações intergovernamentais apoia a compreensão da dinâmica entre os governos na produção conjunta de políticas públicas, mostrando os efeitos do arranjo institucional permitindo uma análise mais precisa, principalmente no que se refere às esferas locais de Estados federais com três níveis de governo, como é o caso do Brasil (SOUZA, 2008).

Neste contexto, Abrucio (2005) destaca a saúde como a política pública de maior destaque dentro da Federação brasileira desde a CF 1988. Reconhecidas as limitações da área, atribui tal conquista aos esforços históricos para a descentralização de programas e gestão de recursos, com protagonismo de movimentos sociais que culminaram na criação do SUS. Entre as limitações, destaca a fragilidade do papel dos estados no processo, e condiciona como um desafio à União, frente ao seu poder coordenador, a criação de meios que induzam à participação e coordenação, à exemplo da relação estabelecida com os municípios.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO, MUNICIPALIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Desde a Proclamação da República até os anos 2020, entre períodos de idas e vindas de governos ora autoritários, ora democráticos, o país experimentou momentos de maior ou menor centralização política. A partir da promulgação da CF/1988, os municípios foram elevados à entes autônomos, igualando-se à União e aos estados, ampliando ainda mais suas competências na oferta de serviços à população (ANDRADE, 2007).

Autores como Arretche (2012) e Abrucio (2005), interpretam o federalismo resultante do pós-constituente, como um modelo federativo com centralidade do governo federal em termos redistributivos e de coordenação da expansão das políticas públicas (ABRUCIO, 2005; ARRETICHE, 2012) Neste sentido, a União manteve preservado seu poder normativo, bem como a concentração arrecadatória, garantida pela lógica do sistema fiscal tributário estabelecido, concentrando-se no ente federal a formulação de leis e políticas públicas de maior impacto e abrangência (LIMA, 2008). Dessa forma, se comparado à exemplos clássicos de federalismo, como o norte americano, nota-se que a autonomia dos estados e municípios brasileiros é bastante limitada (ARRETICHE, 2001).

O processo de descentralização, se mostrou bastante influenciada pelo movimento municipalista, pautado sobre interesses que surgiram não de governos, mas dos próprios parlamentares. De modo geral, a dinâmica de relações e negociações que permearam as novas regras foi motivada pelos prefeitos à época, junto aos constituintes. A vida pregressa dos redatores da Nova Carta, que já haviam atuado como prefeitos, vereadores ou governadores, confluíram com os interesses dos gestores locais, uma vez que ambos possuíam laços estreitos com eleitorados afins (SOUZA, 1997).

Os esforços dispensados resultaram em um salto no número de novos municípios logo após a aprovação da CF/1988, representando um incremento de aproximadamente 38% de entes municipais criados entre os anos 1980 e 2000. Mas as transformações se deram para além da nova configuração territorial, e abrangeram aspectos complexos, muitos deles relacionados à autonomia federativa conquistada, principalmente no que se refere às dimensões política, administrativa e financeira dos novos atores (GOMES; DOWELL, 2000).

No que tange a autonomia política e administrativa, estas se configuram sobre a organização, regulação e execução dos serviços sob sua titularidade e definição da sua estrutura interna, como as elencadas nos artigos 29 e 30 da CF/1988, que prevê entre outras possibilidades, eleições diretas aos prefeitos e vereadores; poder de auto-organização do municípios, por meio das suas Leis Orgânicas; competência em instituir o regime jurídico dos seus servidores públicos; legislar sobre assuntos de seu interesse e até mesmo suplementar a legislação federal e a estadual quando permitido, entre outras provisões (GRIN, 2021).

Sobre a autonomia financeira, em seu artigo 30, a CF/1988, passou a prever que os municípios pudessem arrecadar e instituir impostos sobre imóveis urbanos, serviços, transmissão de bens imóveis, sem, no entanto, criar impostos próprios ou deixar de cobrar aqueles já definidos constitucionalmente. Além dos impostos, tornou-se possível que os municípios instituíssem taxas referentes às atividades públicas prestadas, que se insere no exercício do poder de polícia (GRIN, 2021).

O inegável fortalecimento financeiro dado aos municípios por meio das receitas tributárias repercutiu em ganhos reais no período pós constituinte. Nos anos iniciais da década de 1990, os municípios chegaram a receber 18,5% sobre o total arrecadado pelo Poder Público (ANDRADE, 2007).

A destarte da simbologia do poder de tributar, por ensejar a possibilidade de expansão das receitas municipais, o ganho financeiro referido aos municípios se deu muito mais pela sua participação nas transferências constitucionais do que propriamente pela conquista sobre a possibilidade em arrecadar tributos. O recolhimento de impostos permitido aos municípios não se mostra por si só suficiente para garantir sua autonomia financeira (PIRES, 2016). Do ponto de vista da participação dos entes sobre a arrecadação tributária total do país, identifica-se que a União responde em média, por 68% dos tributos arrecadados, seguida de 26% dos Estados e 6% dos municípios (BRASIL, 2022).

Diante do seu baixo poder arrecadatório, grande parte destes entes são altamente dependentes das transferências provenientes de estados e do governo federal. Esta lógica se apresenta ainda mais expressiva entre os pequenos municípios, onde os valores arrecadados tendem a representar em média, menos de 1% de seu PIB local (SOUZA; GRIN, 2021).

Como reação às perdas financeiras no pacto federativo dadas na Constituição

em favor dos municípios, União e estados passaram a transferir sistematicamente suas responsabilidades aos governos locais, sem que houvesse a correspondente contrapartida de recursos. Além de significar uma sobrecarga aos cofres municipais, a situação repercutiu sobre a reputação dos gestores locais como prestadores de serviços (PIRES, 2016). A exemplo está a Desvinculação das Receitas da União – DRU, que capturou parte dos recursos que seriam destinados exclusivamente ao financiamento da seguridade social – e por consequência ao SUS - ao tempo que os municípios passaram a assumir grande parte dos serviços de saúde ofertados diretamente à população (BREMAEKER, 2003).

Segundo Grin et. al (2021), o novo *status* federativo impôs aos entes municipais um paradoxo: apesar da maior autonomia na provisão de serviços públicos, viram-se diante de uma realidade de baixa capacidade estatal no exercício de suas funções governamentais, experimentando constrangimentos de ordem econômico-financeira, déficit da força de trabalho e, em especial, a fragilidades em termos de gestão pública. Com isso, instala-se um cenário de grande desigualdade na capacidade de os governos locais exercerem efetivamente seu papel de ente federativo pleno.

Os anos que sucederam a aprovação da CF/1988 podem ser traduzidos como um período de grande centralização de poder na esfera central. Embora a retórica descentralizadora e os esforços em várias frentes para sua efetivação, o modelo de Estado que se configurou manteve o protagonismo no executivo federal. Os reflexos dessa configuração podem ser identificados sobre a implementação das políticas sociais, dada a capacidade normativa da União; seu protagonismo decisório diante dos termos de cooperação firmados entre as esferas de governo e ao seu poder de indução por meio de incentivos a programas específicos (VIANA; MACHADO, 2009).

No âmbito da política pública de saúde, a CF/1988 significou um pacto político entre os atores da reforma sanitária, embasados nos princípios da universalidade, integralidade e na ideia de descentralização do sistema (OLIVEIRA; COELHO, 2021).

O desenho proposto de organização federativa do SUS estabeleceu a distribuição de competências entre os níveis de governo, as quais deveriam ser compatíveis com os princípios de descentralização e unicidade. O processo resultou em um sistema universal, de comando único no âmbito nacional, estadual e municipal, articulado entre as esferas de governo, de forma regionalizada, com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

O SUS marca o fim da vigência de um modelo “estadualista” dado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), para um modelo “municipalista” no qual os municípios passam a ser protagonistas pela oferta das ASPS em todo território nacional (UGÁ et al., 2003).

Para Viana e Machado (2009), o processo de implantação do SUS ocorreu por duas frentes distintas: de um lado, o protagonismo federal, assumindo a coordenação para a implementação de uma política descentralizadora de abrangência nacional, utilizando-se de seu poder normativo e de meios indutores de financiamento para cumprir seu objetivo; de outro, a descentralização, apoiada por representantes da sociedade civil, agentes políticos e alguns gestores federais em períodos específicos.

Os arranjos do financiamento federal do SUS foram norteadores do processo de descentralização da política de saúde no âmbito nacional, sob a coordenação do ente federal. A Lei nº 8.080, de 1990 entre outras definições, normatizou que os recursos financeiros provenientes de transferências intergovernamentais seriam depositados em contas específicas, passíveis de fiscalização pelos respectivos Conselhos de Saúde (CS) e os recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social seriam administrados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

No mesmo ano, a Lei nº 8.142 de 1990 estipulou que os repasses do FNS ocorreriam considerando as classificações das despesas em custeio e capital. Adicionalmente, estipulou que entre os repasses da União, 30% seriam aos estados e 70 % aos municípios, como forma de induzir aos municípios a responsabilidade pela oferta dos serviços. Assim como as Leis Orgânicas do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB) tiveram especial contribuição sobre o processo de descentralização em cada esfera de governo durante a primeira década de implantação do SUS.

A NOB 91 regulamentou os repasses fundo a fundo e estabeleceu o contato direto entre o MS e municípios, por meio de repasses financeiros direcionados ao pagamento por produção ao prestador de serviços. Apesar de objetivar ampliar a participação municipal na política de saúde, seus resultados somente destacaram as contradições entre a proposta do SUS e o modelo anterior instalado. Sua proposta de financiamento além de insuficiente sofreu críticas por ter o protagonismo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na sua elaboração.

A NOB 92 trouxe alguns avanços ao ser produto de consenso entre atores

institucionais, resgatando em seu texto alguns processos de construção do SUS. No entanto não apresentou alterações quanto ao financiamento, mantendo a lógica médico-curativista de sua antecessora. O modelo de financiamento estabelecido pelas NOBs 91 e 92 ao firmar uma relação direta entre o Governo Federal e municípios, reduziu a participação dos estados, neutralizando seu papel coordenador neste período. Como resultado, formaram-se sistemas municipais fragmentados e desarticulados em desencontro à lógica da regionalização do SUS (LEUCOVITZ et al., 2001).

Diante de uma nova conjuntura política, a NOB 01/93 trouxe inovações ao incorporar conceitos da CF/1988 e princípios da descentralização, como autonomia e controle social, e representou uma importante transição para o protagonismo municipal na gestão do SUS. Diferenciou-se das suas antecessoras por ter resultado de amplo debate e estar mais alinhada aos princípios constitucionais, como autonomia, democracia e controle social. Ampliou as responsabilidades de estados e municípios relativas ao SUS, e definiu aos entes municipais três modalidades de adesão: incipiente, parcial e semiplena, as quais estavam associadas às capacidades estatais e ao tamanho da rede de serviços. No entanto, ainda não conseguiu cumprir com os objetivos para se obter os avanços necessários à desvinculação da prática curativista e hospitalocêntrica.

Em 1996, a NOB 96 priorizou a descentralização e redefiniu responsabilidades das três esferas de governo. Foi considerada um marco no processo de descentralização e financiamento com a instituição das transferências fundo a fundo e principalmente ao PAB Fixo. No entanto, isso não foi impedimento de que houvesse certa crítica ao seu regramento. Ao não considerar as heterogeneidades municipais em seu regramento, a ampla adesão municipal à norma em menos de dois anos sugeriu que o cumprimento dos requisitos pelos municípios tenha se dado pela pressão normativa ou pela atração pelos repasses financeiros, sem, no entanto, garantir plena capacidade de gestão ou compreensão dos mecanismos de financiamento por parte dos gestores (SCATENA; TANAKA, 2001).

Para Ouverney e Fleury (2017), durante os anos 1990, a União extrapolou suas competências regulatórias e de financiamento, desestabilizando o pacto federativo. As relações foram polarizadas entre o governo federal e os municípios, reduzindo o papel dos estados principalmente no que se refere a oferta direta dos serviços, ao

planejamento e a coordenação regional. Ademais, o contexto da baixa capacidade estatal em que se encontravam os entes subnacionais no processo de descentralização, foi um importante limitador para a efetividade da rede federativa do SUS na sua primeira década de implementação.

Para Abrucio (2005), a pressão do movimento municipalista que acompanhou a promulgação da CF/1988, resultou na priorização pelo princípio de descentralização em detrimento à regionalização. Esse desequilíbrio configura uma fragilização ao sistema de saúde, uma vez que ambas possuem igual relevância e são interdependentes como forma de garantir maior efetividade às políticas propostas.

Embora os limites e desafios impostos, o retorno à configuração idealizada do sistema foi possível diante de negociações e pactuações entre os entes federados, após expressivas transformações no plano federativo, que se deram, de forma especial pela expansão de políticas e estratégias estruturantes como a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

Entretanto, a segunda metade dos anos 2010 se caracteriza pelas repercussões negativas aos programas sociais diante da exacerbação de uma política econômica baseada na austeridade fiscal, intensificada após a aprovação da EC 95/2016. A estagnação e queda na atividade econômica decorrentes do novo regimento comprometeram a arrecadação tributária das três esferas de governo, como reflexo de uma estrutura fiscal que incide predominantemente sobre a produção e consumo, além de centralizar a arrecadação no âmbito federal, mesmo considerando as transferências intergovernamentais previstas constitucionalmente (BENEVIDES e FUNCIA, 2022).

Apesar de mudanças nas vinculações de recursos ao longo das décadas, a estrutura tributária nacional e a distribuição de receitas entre os entes federativos permaneceram inalteradas por longo período, impondo diferentes graus de esforço financeiro às esferas de governo para sustentar o SUS, com especial esforço por parte do ente municipal (BENEVIDES e FUNCIA, 2022). Assim, a trajetória do financiamento do SUS e da APS se insere no debate sobre os desafios enfrentados em busca de garantir a sustentabilidade do sistema.

2.3 TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS – NOTAS CRÍTICAS E PERSPECTIVA HISTÓRICA

Passados mais de trinta e cinco anos desde a implementação do SUS, sua trajetória segue marcada pelo dilema entre a garantia de um sistema de saúde pautado na universalidade do acesso *versus* a pressão de um ideário neoliberal que atua em defesa da racionalidade econômica e vislumbra a diminuição das despesas públicas como condicionante para um Estado menor e mais eficiente (FRIEDMAN, 1988; MARQUES; MENDES, 2012).

Vianna (2007, p.19) destaca como alternativa para fuga do economicismo e suas amarras às visões seletivas das políticas sociais que as reduzem de forma simplista como combate à pobreza, a necessidade de se discutir de forma conjunta o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social. No caso da política de saúde, a autora relaciona os desafios da implantação de um sistema de cobertura universal, em tempos de crise sobre a ascensão do neoliberalismo no plano econômico:

[...] o aspecto tardio da implantação do SUS – tardio, inclusive, no sentido de ter sido implantado na derrocada do projeto nacional desenvolvimentista, ao término de seu período de apogeu, isto é, em um período de crise, com subsequente adoção de políticas de cunho liberal no plano econômico [...] naturalmente, impõe limites bastante sérios para a efetiva implantação de políticas mais universalistas, redistributivistas e igualitárias [...] Dessa forma, o SUS carece de uma integração com políticas de crescimento e desenvolvimento, e isso tem implicado um perfil específico de implantação dessa política. Certamente, a ausência de uma política de investimentos para o SUS e de um planejamento estratégico no plano federal são as consequências mais graves desse fato, isto é, da ausência de integração entre a política econômica e a política social.

Dentre as medidas com vistas a garantir direitos essenciais de forma universal à população, a CF/88 estabeleceu que no âmbito da União, a previdência, saúde e assistência social passariam a integrar a Seguridade Social: um sistema com orçamento específico, composto por contribuições provenientes de toda sociedade,

sejam estas de forma direta ou indireta e por recursos do orçamento fiscal. Embora no Ato das Disposições Transitórias, até que regulamentado o Orçamento da Seguridade Social (OSS) tenha-se definido que ao menos 30% do total de seus recursos deveriam ser destinados para a saúde, tal promessa nunca se concretizou (MARQUES; MENDES, 2012; SAÚDE, 2012).

Não bastasse o descumprimento da regra transitória, em 1994 houve a decisão pela desvinculação de 20% das receitas do OSS e de impostos: recursos que até então deveriam ser aplicados exclusivamente em despesas nas áreas de previdência, saúde e assistência social passaram a integrar o Fundo Social de Emergência (FSE), no intuito de estabilizar a economia após a vigência do Plano Real (SANTOS; FUNCIA; NASCIMENTO, 2021). Sua concepção pensada inicialmente como uma medida temporária, passou por sucessivas prorrogações. Em 1999 teve sua nomenclatura alterada para Desvinculação de Receitas da União (DRU) e desde então, a redução da base de cálculo para as transferências constitucionais a estados e municípios deixou de existir, assim como a finalidade específica do Fundo, o que permitiu à União maior discricionariedade sob a gestão desses recursos.

Sob a justificativa de permitir maior flexibilidade ao orçamento, essa estratégia instituiu um mecanismo de desvinculação orçamentária que permitiu à União fazer uso de uma expressiva parcela do superavit primário no pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública. Em 2016, o percentual da desvinculação foi ampliado para 30% prorrogado até dezembro de 2023, passando a permitir que estados e municípios utilizassem de tal medida, à exceto das transferências direcionadas às ASPS (MARQUES; MENDES, 2012).

Ainda no início dos anos 1990 a insuficiência financeira para manutenção dos serviços de saúde resultou em grave crise na área, forçando o Ministério da Saúde (MS) a realizar empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (PIOLA et al., 2013). Reconhecido o risco imposto à manutenção do SUS, ampliam-se os debates em busca de alternativas que garantam maior sustentabilidade ao sistema, como foi o caso da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), instituída pelo Governo Federal em 1997 e vigente até 2007. Embora com a promessa de solucionar o problema do subfinanciamento da saúde, a CPMF não resultou na ampliação de recursos para a área. Na medida em que o dinheiro desta contribuição entrava, reduzia-se a participação de outras fontes devido à distorção da interpretação

dada pelo Ministério da Fazenda à época, quanto ao investimento mínimo a ser realizado pelo Governo Federal ao SUS (BARROS; PIOLA, 2016).

Ainda no contexto da crise e dos reflexos das medidas de cunho neoliberal introduzidas na década de 1990, emergiu a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei nº 101 de 2000 - como exigência de uma postura mais conservadora por parte dos governos que se encontravam em situação de considerável endividamento (MEDEIROS et al., 2017). A LRF representa um dos marcos legais para o planejamento das esferas públicas, e neste ponto é abordada em capítulo específico. O item de interesse nesse caso, trata do seu cunho limitador sobre o gasto com folha de pessoal. A Lei prevê um percentual máximo despesa total com pessoal sobre a RCL de 60% para estados e municípios e 50% para União. A regra significou, e ainda repercute como um entrave para a expansão do SUS, que demanda essencialmente da força de trabalho para a execução das ASPS. Seus reflexos são relacionados a precarização dos vínculos trabalhistas, na medida em que a pejetização aparece como alternativa da oferta de serviços de saúde diante da limitação de ampliação de vínculos protegidos na administração pública (MENDES, 2017).

Como pano de fundo neste período, situações como a falta de definição do que seriam as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e o não estabelecimento de um percentual mínimo de investimento na área entre os entes da federação representaram desafios adicionais ao financiamento do sistema. Tais aspectos, além de permitirem que ações das áreas de educação, infraestrutura, assistência e previdência social fossem custeados como ASPS, resultaram na baixa participação dos estados e municípios no financiamento do SUS por mais de uma década após sua criação (SANTOS; FUNCIA, 2021).

Embora não tenha atingido os efeitos necessários, a vinculação de recursos à saúde por parte dos entes subnacionais foi mais bem definida com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29). Por meio dela, estabeleceu-se um mínimo de aplicação de 12% para os estados e 15% aos municípios. Para o Distrito Federal, a regra passou a incidir de acordo com a natureza da receita: 12% se de base estadual e 15%, se de base municipal. À União caberia aplicar o valor apurado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Este último ponto desencadeou um embate entre os Ministérios da Saúde e

Fazenda sobre a base de cálculo a ser utilizada na aplicação mínima em saúde até que houvesse a regulamentação por Lei Complementar específica: se base móvel ou fixa. O MS interpretou que o termo "apurado" deveria ser entendido como "empenhado", e sobre ele, incidir a aplicação do índice de 5%, a partir do ano 2000, repetindo-se essa lógica ano a ano. Esta seria a "base móvel". Para o Ministério da Fazenda, a correção pelo PIB deveria incidir sempre sobre o valor apurado em 2000, ou seja, o valor de 1999 corrigido por 5%, e não sobre o do ano imediatamente anterior. Este modelo ficou conhecido como "base fixa". Após alguns anos de impasse, prevaleceu a interpretação do MS, passando o cômputo a considerar a base móvel, mas sem o devido ressarcimento referente ao período do seu não cumprimento pelo governo federal (MARQUES; MENDES, 2012).

Salvos os entraves citados e ainda que de forma insuficiente, a aprovação da EC 29 impactou de forma positiva para o financiamento da saúde, garantindo um mínimo de estabilidade e até de aumento sobre o aporte de recursos pelos entes federados, chegando a representar o incremento real de aproximadamente 130% de recursos públicos para a saúde entre os anos 2000 e 2011 (BARROS; PIOLA, 2016).

No entanto, o valor aportado ao SUS poderia ter sido ainda maior não fosse o descumprimento dos valores previstos na EC29 por parte de alguns estados e municípios, mas principalmente da União. A análise realizada por Piola, Benevides e Vieira (2018) evidenciou que apesar das três instâncias terem aumentado os gastos, a evolução das participações como percentual do PIB tinha ocorrido com menor esforço por parte da União, cujos gastos se mantiveram praticamente no percentual do PIB entre 2003 e 2015: em torno de 1,6% desse indicador (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Outro fator de impasse no financiamento do SUS e que foi tratado de forma tardia, passados mais de 20 anos da implantação do SUS, foi a definição do que seriam ASPS para fins de aplicação mínima legal (PIOLA et al., 2013).

Essa normatização se deu em 2012, por meio da Lei Complementar 141 (LC 141/2012), que regulamentou a EC 29. A LC 141/2012 trouxe além da definição do que seriam e não seriam ASPS, outras implicações diretas para o SUS, tais como: *i*) sanções aos entes nos casos de descumprimento das aplicações mínimas legais; *ii*) a valorização aos processos de planejamento e controle social; *iii*) a definição da transferência regular e automática, por meio dos fundos de saúde para custeio e

investimento e *iv*) elencou os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS (PIOLA et al., 2013). No entanto, a LC 141/2012 frustrou ao não trazer resolução para os grandes conflitos do financiamento.

Em 2013, destaca-se o projeto o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321 de 2013, que previa uma aplicação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) por parte da União, defendido pelas entidades associadas à luta por uma saúde universal e pelo Movimento *Saúde+10* (SERVO et al., 2020). No entanto, Desconsiderando a grande mobilização social, a área econômica do governo federal resistiu, pressionou, e obteve apoio do executivo para articular junto ao Congresso Nacional a instituição de um novo cálculo de aplicação federal em ASPS, que se deu com a aprovação da EC 86/2015 (MENDES, 2017).

A EC no 86/2015 alterou a forma de cálculo do piso das aplicações da União no SUS, mas manteve as regras vigentes para os demais entes federados. O gasto federal em saúde passou a considerar um percentual fixo sobre a RCL, de forma escalonada, nas proporções de 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15,0% em 2020. Além disso, o novo regramento inseriu outras duas matérias de interesse à saúde: A impositividade do orçamento, que será tratada em capítulo específico e as despesas com ASPS custeadas com a parcela da União proveniente de *royalties* do petróleo como computáveis para fins de cumprimento do piso de recursos da União. Anterior a isso, esses recursos eram alocados à saúde como fonte adicional. No mesmo entendimento, a alteração posteriormente foi considerada inconstitucional e tornou-se sem efeito (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Para Pinto (2019), tomadas de forma individual, nenhuma das regras apresentadas, por si só seriam as ideais – a variação nominal do PIB ou o percentual sobre RCL -, considerando que em tempos de crescimento econômico, o índice sobre a RCL seria mais vantajoso comparado à correção pela variação nominal do PIB, mas, do contrário, em tempos de recessão, a base de cálculo sobre a RCL poderia representar perdas ao setor. Dessa forma, o cálculo proposto pela autora seria a combinação entre a correção pela variação nominal da RCL acrescida pela variação nominal do PIB (inflação + crescimento ou redução do PIB) (PINTO, 2017).

No mesmo sentido, Funcia (2022), defende a definição de uma nova regra de cálculo para o piso federal do SUS não condicionada à dinâmica cíclica da economia,

justificando que as necessidades em saúde da população não obedecem a essa dinâmica. Os custos e as demandas nessa área são crescentes, principalmente no que se refere ao aumento da expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas que requerem cuidados diversos e por longos períodos, e a inserção contínua de novas tecnologias e medicamentos ao mercado.

Extrapolando os cenários de subfinanciamento por quais o SUS se sustentou durante seu processo histórico, o governo federal encaminhou o projeto que tramitou como Propostas 241/2016 e 55/2016, respectivamente, na Câmara e no Senado Federal. Tais propostas resultaram na EC 95/2016, a qual se convencionou chamar como a “emenda do teto de gastos”, ou, entre sanitaristas e defensores do SUS, citado como o “último prego na cruz”, dado o seu potencial poder de desfinanciamento para a saúde pública do país (SANTOS; FUNCIA, 2021).

A nova regra constitucional congelaria por 20 anos as despesas primárias da União, mais especificamente entre os anos de 2017 e 2036, tornando sem efeito o escalonamento previsto na EC 86/2015. O valor mínimo obrigatório a ser aplicado pela União passou ter como base inicial 15% da RCL calculada para o exercício de 2017, antecipando o percentual proposto na regra anterior, prevista para ser aplicada em 2020.

Embora o ganho inicial, a partir de 2018, o piso de despesas da União com ASPS permaneceu congelado em valor equivalente a 15% da RCL de 2017, atualizado, anualmente, pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse regramento resgatou a definição do índice calculado para aplicação em ASPS sobre uma base fixa, novamente reduzindo a capacidade de financiamento do SUS, tendo em vista que a única possibilidade de aumento de despesas em saúde condicionava-se à redução de despesas de outros setores do governo federal.

As despesas primárias relacionam-se às áreas como saúde, educação, proteção social, habitação, entre outras que desempenham ações voltadas ao atendimento às necessidades da população. Além desses gastos, dentro do orçamento federal constam as despesas financeiras como os juros e amortização da dívida pública e ainda as renúncias de receitas, que beneficiam famílias e empresas com reduções totais ou parciais de seus tributos (FUNCIA, 2022). A política de austeridade fiscal que parte da EC 95/2016 restringiu-se ao corte de despesas

primárias, mas manteve a possibilidade de execução de despesas específicas, como atendimento às pressões de determinados setores econômicos, configurando um cenário denominado como de austeridade seletiva (MORETTI et. al, 2021).

No período entre 2018 e 2022, reduzidos os créditos extraordinários decorrentes de medidas provisórias para atendimento ao quadro da COVID-19 (2020 a 2021), os prejuízos causados pela vigência da EC 95/2016 corresponderam a R\$ 64,8 bilhões em termos nominais ao SUS (OCKÉ-REIS et al., 2023).

Em dezembro de 2022, durante o período de transição entre os governos de Jair Bolsonaro e do Presidente Lula, foi aprovada a EC nº 126 (EC 126/2022), que permitiu ao novo governo a autorização para execução de R\$ 170 bilhões além do teto imposto para 2023, ainda sob efeitos da EC 95/2016. Entre os principais objetivos estavam a retomada de investimentos em programas sociais, e, no caso específico na área de saúde, pelo cumprimento do compromisso assumido com o fortalecimento do SUS (PIOLA; VIEIRA, 2024).

A aprovação da EC 126/2022 também foi relevante ao tratar dos termos para revogação do Regime Fiscal instituído em 2016, que se deu com a regulamentação da Lei Complementar 200 de 2023 (LC 200/2023), chamado de Novo Arcabouço Fiscal, e que revogou o regramento do teto sobre as despesas primárias da União. Dessa forma, volta a valer para o governo federal a aplicação de 15% sobre a RCL, mas, dessa vez, diferente do que ocorria no regramento da EC 86/2015, que considerava a receita final do respectivo exercício financeiro, considerou-se a estimativa feita para a RCL, por ocasião da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Esse novo cômputo significou uma redução de 10,3 bilhões para o SUS no ano de 2023 (PIOLA; VIEIRA, 2024).

Em 2024, as organizações que atuam em defesa do SUS, vêm alertando quanto a possíveis prejuízos à saúde pública devido ao novo arcabouço fiscal. Apesar de não haver limitação direta e clara quanto ao financiamento da saúde, uma vez que se retoma o piso anterior ao teto de gastos, há uma contradição entre o piso constitucional indexado à RCL e a existência de uma faixa de crescimento limite para o gasto primário total, definida entre 0,6% e 2,5%. Como posto, esse novo regramento provocaria um “achatamento” nas demais despesas caso o crescimento em saúde ultrapassasse os 2,5% (FIOCRUZ, 2024). Ainda em debate, no ano de 2025 persistem as incertezas e entraves que garantam ao SUS o financiamento suficiente e digno

para atender às crescentes necessidades da população.

Inerente aos entraves do financiamento do SUS, o caso da APS, tem um caminho de desafios que serão apresentados na próxima seção. Para isso, traz contribuições acerca da inserção da APS no Brasil, partindo da perspectiva do que a literatura considera como principais marcos que repercutiram sobre o seu financiamento.

2.4 CAMINHOS DO FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A inserção Atenção Primária à Saúde (APS), inicialmente chamada no Brasil de Atenção Básica¹ (AB) resulta de um processo histórico de iniciativas e experiências que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CUETO, 2022). Paiva (2023), cita as reformas ainda nos anos 1930, que introduziram conceitos de território e coordenação do cuidado, combinando ações de prevenção e recuperação da saúde, dentro de uma lógica familiar e comunitária, mesmo que estas não tenham caracterizado o modelo de oferta de serviços em saúde que antecederam a implantação do SUS (PAIVA, 2023).

Ainda na perspectiva histórica, o autor contextualiza dois movimentos fundamentais para o delineamento e configuração da APS no Brasil e de ampla abordagem acadêmica nas pesquisas sobre a área: o de origem internacional, delineado nos termos atualmente conhecidos a partir da Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 (PAIVA, 2023). Outros autores caracterizam como componentes essenciais desse movimento a universalidade do acesso e primeiro ponto de contato com o sistema de saúde; a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, reconhecendo-se a determinação social; e a participação social (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O outro, de origem nacional, remete-se à experiência da Reforma Sanitária, com atuação a partir do final dos anos de 1970, e que nos anos de 1980 consegue consolidar os preceitos de direito à saúde na agenda política do país. Esse período

¹ No Brasil, a denominação Atenção Básica reflete a busca de diferenciar-se de uma APS seletiva, de cota restrita e focalizada. A criação brasileira tem, na sua origem, relação com a noção de APS abrangente, segundo as premissas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (CUETO, 2021; CARVALHO et al., 2022).

que culminou com a aprovação da CF/1988, tem como bases a concepção de APS inspirada no movimento internacional para o delineamento do SUS e reorganização da política de saúde no Brasil (PAIVA, 2023).

No âmbito federal, a União encontrou no financiamento e na edição de normativas as principais estratégias para coordenar e induzir o modelo de atenção conforme sua expressiva importância na redistribuição de recursos tendo em vista reduzir as disparidades regionais (PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020; PEREIRA, 2022). Ao considerar suas bases na APS, o SUS deveria, necessariamente, deter um financiamento condizente com a sua expressão conceitual ampliada, mais combativa à determinação social (MENDES, 2018, p.227). Mas a trajetória da sua implementação embora tenha se traduzido em importantes conquistas, principalmente ao que se refere ao modelo anterior, foi acompanhado de contradições e retrocessos, que não estão totalmente superados (CUETO, 2021).

As distorções presentes no início do financiamento da APS privilegiaram os municípios com maior capacidade instalada, considerando o modelo de pagamento por produção. Foi somente a partir de 1998 que as regras da NOB 96 passaram a vigor, que se concretiza um modelo de transferência de recursos de forma regular e automática e que se desvincula do faturamento por serviços na APS. De forma conjunta com outras portarias editadas, a NOB/96 instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), constituído de uma parte fixa – PAB fixo - e outra variável– PAB variável.

O componente fixo se referia a um valor per capita, inicialmente com um valor mínimo definido em R\$ 10,00 por habitante ao ano. Mais tarde, os valores foram condicionados à critérios segundo graus de vulnerabilidade socioeconômica, que resultaram em quatro grupos a depender da classificação municipal (VIEIRA; LIMA, 2023). O componente variável representava a adesão a programas específicos, como aos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e de saúde da família (PSF) (PEREIRA et. al, 2022).

Com a instituição do PAB, rompe-se, ao menos nesta área do SUS, com um paradigma de financiamento que marcou a trajetória da saúde pública no Brasil (MELAMED & costa, 2003) e possibilitou aos municípios menos estruturados, receberem mais recursos (PINTO, 2018). Também se evidenciam objetivos do governo central em descentralizar a execução da oferta das ASPS aos municípios, bem como redefinir as responsabilidades de cada ente sobre os respectivos territórios,

garantindo sua referência dentro dos princípios do SUS. Obtém-se com isso, a priorização pela expansão da cobertura populacional pelo PACS e PSF, que são induzidas e operacionalizadas por meio de financiamento do PAB variável. Por meio da possibilidade de adesão a diversos programas de indução na APS, o PAB variável passou a ocupar maior volume de recursos em comparação ao PAB variável nas transferências aos municípios (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Os esforços pela indução de tais programas obtiveram sucesso, e o PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), parte de uma cobertura de 6,6% da população brasileira em 1998, para 63,7% em 2016. São inúmeros os estudos que relacionam os efeitos positivos da ESF sobre as condições de saúde da população (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006). Neste mesmo sentido diversos foram os programas de expressiva contribuição incentivados por meio de adesão ao PAB variável, como o Programa Saúde na Escola (PSE), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os relacionados à saúde bucal, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e laboratórios de regionais de próteses dentárias (LRPD), entre outros (MENDONÇA et al., 2023; PEREIRA et al., 2022) .

Pinto (2018) observa que o incremento do financiamento aos municípios dado pelo PAB repercutiu na expansão da oferta de ações na APS entre aqueles com menor oferta de serviços. A explicação estaria relacionada à vinculação orçamentária entre os repasses realizados. Ao não permitir a substituição de fontes- pagar com recursos federais o que o que pagavam com próprios –os recursos foram utilizados na respectiva área finalística, o que induziu ao fortalecimento da APS, conforme modelo proposto pela ESF (PINTO, 2018). Entre os principais beneficiários deste modelo podem ser citados os municípios das regiões norte e nordeste, que apresentavam grande dificuldade em conduzir a política de saúde em seus territórios (LIMA, 2006).

Embora haja críticas ao modelo de transferências de recursos que privilegia a adesão à programas específicos, considerando os incentivos financeiros como mecanismos que favorecem a centralização do sistema (MENDES, 2013), Jaccoud e Vieira (2018) ponderam que ao não haver vinculação, a mudança aliviaria a pressão sobre o MS por mais financiamento, uma vez que poderia haver a argumentação de que os municípios teriam a liberdade pela utilização dos recursos já repassados conforme suas prioridades. O risco que se instalaria, seria o da desresponsabilização

gradual por parte do ente federal do seu papel de coordenação sobre a política de saúde do país, fragmentação assistencial, com perda de efetividade das ações de impacto coletivo, aumento de competição entre os entes, além do aumento da desigualdade de acesso aos bens e serviços de saúde no país.

Frente ao incontestável avanço da ESF nos anos 2000, desafios como a sua baixa cobertura nos grandes centros foi identificada. Como alternativa, o governo federal criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), como forma de incentivo aos municípios com mais de 100 mil habitantes, sob a justificativa de oportunizar a essas localidades os benefícios conhecidos pelas populações cobertas pela ESF.

No período dos anos 2006 e 2017 foram publicadas três normativas que trataram da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a PNAB/2006; a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprovou a PNAB/2011, e a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que definiu a PNAB/2017.

A PNAB/2006 definiu a APS como a ordenadora do cuidado dentro da rede de atenção à saúde (RAS) e como a porta de entrada preferencial do SUS. Também preconizou a ESF como estratégia prioritária para reorganização da APS no Brasil.

Reconhecendo os avanços da PNAB/2006, a atualização dada pela PNAB/2011 reiterou a proposta de valorização da ESF como estratégia orientadora da expansão da APS e buscou seu fortalecimento, com a incorporação de novos profissionais à ESF, por meio da criação do NASF (PEREIRA et al., 2022). Fomentou a estruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a criação do Programa Requalifica UBS, e Além disso, inseriu nova possibilidade de ampliação de repasses aos municípios, por meio da obtenção de recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, instituindo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Esse processo suscitou de diversas ações, como o envolvimento de vários atores em busca de garantir a formação de trabalhadores, a reorganização de processos, o envolvimento com a comunidade com reconhecimento do território e a interlocução dos entes federados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Já o contexto em que se insere a PNAB/2017 foi diferente. Deu-se logo após o impeachment da presidente Dilma Rousseff e de crise com imposição de medidas financeiras austeras às políticas públicas. Embora seu texto verse sobre a ESF como

prioritária, a configuração da PNAB se distanciou das anteriores, passando a prever incentivo financeiro para outras configurações de equipes, com a flexibilização da carga horária do profissional médico e tornou opcional a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) nas equipes, recomendando a cobertura de 100% do território apenas aos casos de maior vulnerabilidade social. Além disso, Considera-se que esta última norma não possibilitou a expansão e o fortalecimento da APS, nem a priorização da ESF (PEREIRA et al., 2022).

A PNAB/2017 foi criticada por organizações vinculadas à luta em defesa do SUS, que em nota conjunta, expressaram sua indignação pela eminente fragilidade a que estava se impondo a ESF, considerando suas conquistas para uma APS integral e consolidada. Também se iniciam alertas sobre a relativização da cobertura universal – na conjuntura de fortalecimento da ideologia neoliberal – e renúncia por parte do MS da sua responsabilização como agente coordenador e indutor de políticas, em face a uma maior autonomia municipal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018a).

Mendes (2018) entende que a PNAB/2017 flexibiliza a forma como a APS vinha sendo operacionalizada, por meio da ESF, conduzindo a política de saúde para um processo de agravamento da privatização da saúde no País e reduzindo a AB a um caráter focalizado e assistencialista, distanciando-a de seu papel de ordenadora do SUS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Coincidindo com importantes mudanças no âmbito central, sob o comando de um novo governo, em 2019 a portaria GM/MS nº 2.979/2019, passou a instituir uma nova política de financiamento para a APS, denominada de Programa Previne Brasil (PPB). Este novo modelo passa a contar com mudanças substanciais sobre o modelo de financiamento vigente desde 1998, com a extinção do PAB fixo e de repasses específicos para apoio aos NASF (MENDONÇA et al., 2023).

Com modelo de financiamento baseado sobre a captação ponderada – que trata do cadastro de usuários -; pagamento por desempenho a depender do alcance de alguns indicadores e a adesão a programas estratégicos e prioritários definidos pelo MS, sua implementação passa a ser criticada por estudiosos da área. A alegação é que a nova proposta se sustentaria sobre um modelo que contribuiria para o reforço da visão reducionista, assistencialista e não e não integral, conforme atributos de APS ampliada (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018b)

Devido ao cenário em que foi inserida, de proximidade da decretação do estado de calamidade pública em decorrência da pandemia pela COVID-19, os reais efeitos do regramento imposto pelo PPB não puderam ser medidos na sua totalidade. Durante aproximadamente dois anos, foram editadas sucessivas portarias prorrogando a aplicação dos parâmetros vinculantes aos repasses financeiros e condicionando o governo federal a transferir aos municípios valores equivalentes a 100% das metas previstas, independentemente do seu efetivo cumprimento.

Em 2023, sob gestão do governo Lula, iniciou-se um processo de reestruturação do modelo, com a retomada do custeio federal para equipes multiprofissionais. A Portaria GM/MS nº 635/2023, redefiniu a possibilidade da composição ampliada para as equipes da Atenção Primária à Saúde, instituindo as eMulti. E em 2024 foi publicada a Portaria GM/MS 3.493, que estabeleceu novo método de financiamento para a APS, reforçando a ESF como estratégia prioritária de ação. Sustentando-se em três principais componentes, sendo um fixo, e dois variáveis - vínculo e acompanhamento territorial e de qualidade, - ainda está em evolução, e traz como proposta a ampliação do acesso e da cobertura do SUS.

Reconhecidos os caminhos trilhados, e os desafios impostos ao SUS, e a APS quanto ao seu financiamento, o processo de planejamento orçamentário e financeiro do SUS institui-se como importante ferramenta na tomada de decisão dos gestores. Neste sentido, a próxima seção busca abordar os principais tópicos que tratam do processo de planejamento municipal no contexto do SUS.

2.5 PLANEJAMENTO E GESTÃO FINANCEIRA NO SUS

Na perspectiva da gestão pública, orçamento e financiamento estão integrados: A programação de despesas está condicionada às receitas que financiarão essa programação (FUNCIA, 2022). Inicialmente tratado como um mero documento contábil que se constituía de previsões de receitas e autorizações de despesas, após o advento do Estado de bem-estar social, o orçamento público passou a desempenhar um papel fundamental no processo administrativo do Estado. Nesta concepção moderna, o orçamento configura-se em prol de políticas públicas tendo em vista uma intervenção positiva do estado na ordem socioeconômica (MAZZA; MENDES, 2014).

A CF/88, assim como em outros temas, trouxe inovações e reconfigurou o processo orçamentário instituído pela Lei nº 4.320 de 1964 - ainda vigente -, conhecida como Estatuto das Finanças Públicas. Esta, de caráter gerencial, evidencia a política econômico-financeira do governo por meio de programas de trabalho, ou seja, funções, atividades e projetos. A CF/88 incorporou ao modelo anterior o que se pode chamar de processo integrado de alocação de recursos, mediante a definição de três instrumentos de iniciativa do Poder Executivo: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (FERNANDES, 2019). As principais normas e diretrizes para o processo de planejamento no Estado Brasileiro configuraram-se por meio de um conjunto de normas diversas, editadas ao longo de quase três décadas, sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Principais regramentos e disposições que tratam do planejamento governamental no Brasil.

Regramentos	Síntese das disposições
Lei nº 4.320, de 1964	Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração, execução e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
Art. 165 a 169da Constituição Federal de 1988	Estabelece o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) como os componentes fundamentais do ciclo de planejamento e orçamento para os três entes da Federação.
Art. 195, § 2º da Constituição Federal de 1988	Define que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social.
Lei nº 12.527, de 2011	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios visando garantir o acesso à informação previsto na Constituição Federal de 1988.
Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Do ponto de vista funcional, o PPA é um plano financeiro de longo prazo, que vigora por quatro anos, desde o segundo ano de mandato do chefe do poder Executivo ao primeiro ano do mandato subsequente. Deve constituir esforços de planejamento de toda a administração, no intuito de orientar a elaboração dos demais planos e programas de governo, assim como do próprio orçamento anual, integrado pela LDO e pela LOA (GIACOMONI, 2019)

Por sua vez, a LDO expressa o conjunto de ações a serem realizadas e a indicação dos recursos correspondentes para as respectivas execuções. Estabelece as metas fiscais e as prioridades, além de dar subsídios para a elaboração da LOA, que se configura no orçamento anual propriamente dito (GIACOMONI, 2019).

Assim como a LDO, a LOA é considerada um instrumento de curto prazo dentro do processo de planejamento orçamentário. Por meio da LOA, o gestor condiciona-se a planejar, prevendo suas realizações de forma que as ações propostas – as despesas - encontram-se vinculadas à previsão das receitas. Em tese, a destinação dos recursos é autorizada tão somente para o cumprimento dos objetivos pretendidos no respectivo exercício financeiro (FERNANDES, 2019).

Em seu conjunto, o PPA, a LDO e a LOA materializam-se como instrumentos preventivos e aplicadores de políticas públicas e servem de parâmetros para o controle entre o planejamento traçado e as prioridades definidas. Com isso, o processo orçamentário agrega os interesses sociais, políticos e econômicos, de caráter individual e coletivo, com o poder de determinar prioridades a serem cumpridas ou suprimidas dentro de um determinado governo (MAZZA; MENDES, 2014).

No âmbito do SUS, foram criados mecanismos aproximados, que se integram aos governamentais apresentados, tendo estes relação direta com o orçamento disponível para a função saúde, a saber: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2015). Esses mecanismos resultam de um conjunto de normas que regulamentam o planejamento no SUS e estabelecem os princípios que orientam os gestores das três esferas de governo na organização de suas atividades, com base em marcos descritos de forma resumida no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais regramentos e disposições que tratam do planejamento governamental no SUS (continua).

Regramentos	Síntese das disposições
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde.
Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e conseqüente garantia da integralidade do cuidado.
Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o COAP como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Quadro 2 - Principais regramentos e disposições que tratam do planejamento governamental no SUS (conclusão).

Regramentos	Síntese das disposições
Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas PAS e o RAG como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.
Resolução CIT nº 1 de 30 de março de 2021	Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando o texto da resolução nº 37, de 22 de março de 2018, que dispôs sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde.

Fonte: Brasil, 2016; Brasil, 2021. Elaborado pela autora.

Resultam desse conjunto de normas sete princípios gerais a serem considerados pela gestão do SUS sobre o planejamento entre os seus diferentes níveis de atuação, a saber: *i)* consiste em uma atividade obrigatória e contínua; *ii)* deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral; *iii)* deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite; *iv)* deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS; *v)* deve ser ascendente e integrado; *vi)* deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; *vii)* deve partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

De acordo com a Lei Complementar nº 141, a lógica do planejamento no SUS deve ascender do nível local para o regional, estadual e, finalmente, o federal. Além disso, a gestão do SUS está vinculada aos princípios de responsabilidade fiscal estabelecidos pela Lei Complementar nº 101/2000 (LRF), que regulam a receita, a despesa e a dívida pública, devendo ser compatibilizados com a LC nº 141.

Em seu artigo terceiro, a Portaria nº 2.135 de 25/09/2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS define o PS como:

[...] Instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as

peculiaridades próprias de cada esfera.

Para sua elaboração, o PS deve conter as diretrizes definidas pelo respectivo Conselho de Saúde (CS) e propostas aprovadas na Conferência de saúde. Assim como o PPA, o PS deve ser elaborado no primeiro ano de governo, vigor nos três últimos anos e no primeiro ano do próximo mandato (VIEIRA, 2009).

De forma concomitante à elaboração do PS, realiza-se a construção da PAS, instrumento que detalha as ações e os serviços, as metas, os indicadores e os recursos para a operacionalização do PS anualmente. Desta forma, deve estar atualizada e subsidiar a LDO do respectivo ano. Sua apreciação e deliberação se dão pelos respectivos conselhos de saúde antes de envio da LDO ao poder legislativo (VIEIRA, 2009).

O RAG refere-se à apresentação de resultados atrelados à Programação Anual de Saúde, devendo conter as diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; as metas previstas e executadas da PAS; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. No decorrer do ano os gestores do SUS devem elaborar e apresentar os resultados parciais que integrarão o RAG por meio dos Relatórios detalhados do quadrimestre anterior (RDQA), em audiência pública na Câmara de Vereadores (CONASEMS, 2021).

Esses mecanismos ao tempo que servem de guia e controle para a administração pública, objetivam instrumentalizar e fortalecer a gestão participativa do SUS. No entanto, na prática, tal feito encontra inúmeros desafios, muitos deles relacionados à falta de representatividade social e maior democratização das informações sobre temas complexos, como o orçamento público. O sinergismo dessas questões fragiliza e dificulta o pleno exercício do controle social na área de saúde (GOMES; ORFÃO, 2021).

Posto como uma responsabilidade conjunta das três esferas de governo, o planejamento no SUS deve se desenvolver de maneira funcional para conformar um sistema de Estado nacionalmente integrado. Dessa forma, os processos estabelecidos individualmente, que partem de cada um dos entes federados, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade (SANTOS, 2018).

No âmbito intergovernamental, os espaços de pactuação e articulação do SUS,

garantem a representatividade de Estados e municípios no processo de formulação da política de saúde institucionalizada por meio de conselhos – Comissão Intergestores Regional (CIR); Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses espaços funcionam como mecanismo de contrapeso, reduzindo a concentração de poder no executivo federal. Além disso, representam importantes espaços de planejamento intergovernamental, considerando o desenho institucional do SUS, organizado em regiões e macrorregiões de saúde (ARRETCHE, 2004).

No entanto, ainda prevalece no Brasil uma configuração fragmentada do processo de planejamento, que corre de maneira isolada seja em uma dimensão macro territorial, entre os níveis de governo, ou mesmo micro, dentro das respectivas instituições. Esse cenário impede uma articulação suficiente, de um planejamento a longo prazo e que garanta a efetividade das políticas públicas em atendimento as necessidades da população. Tal cenário encontra ainda maiores desafios, frente a configuração que o financiamento federal do SUS vem se moldando, com tendência a reduzir recursos regulares e programáticos, em favor de um processo fragmentado, com critérios exclusivamente políticos, como é o caso das emendas parlamentares.

2.6 AS EMENDAS PARLAMENTARES E O FINANCIAMENTO DO SUS E DA APS

Com a promulgação da CF/1988, o Congresso recuperou os poderes subtraídos pelas sucessivas reformas constitucionais impostas pelos governos militares e autoritários, permitindo aos parlamentares contribuir de maneira mais efetiva para a formulação de políticas públicas; na fiscalização contábil, financeira e patrimonial dos três entes federativos, e sobre o orçamento, com poder deliberativo sobre o PPA, a LDO e a LOA (BAPTISTA, 2012).

Dentre os instrumentos do ciclo orçamentário, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) tornou-se o de maior interesse ao legislativo federal considerando sua relevância política ao conferir-lhe a possibilidade de alocar recursos em áreas específicas, de sua escolha, por meio de emendas à peça enviada pelo Executivo, as emendas parlamentares (EPs) (VIEIRA, 2024). Como os beneficiários das EPs, podem constar órgãos ou entidades públicas (administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e

atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União (BRASIL, 2024).

A nova Carta procurou estabelecer, conforme experiências internacionais, um sistema equilibrado, sem sobreposição de forças entre os poderes, inserindo ao seu conteúdo mecanismos de freios e contrapesos (SANTOS; GASPARINI, 2020). Buscou-se, primordialmente, definir aos poderes funções distintas e não hierárquicas, de forma com que pudessem cumprir seus papéis com sincronismo e harmonia, ao tempo que garantissem sua independência (COUTO, 2019). No âmbito orçamentário, exemplificam-se os mecanismos, citando a prerrogativa de iniciativa e o poder de veto dados ao Executivo *versus* a aprovação e o controle pelo Legislativo (SANTOS; GASPARINI, 2020).

No entanto, apesar do inegável avanço para o processo democrático, muitos aspectos concentradores de poder foram mantidos no Executivo federal, como a possibilidade para legislar dado ao Presidente da República, exercidos por meio da sua capacidade de propor matérias de interesse público e pela sua função regulatória (BAPTISTA, 2012).

Ademais, a característica orçamentária autorizativa, preponderante desde os anos de 1990 até o início dos anos de 2010 permitiu ao Executivo federal maior discricionariedade quanto à execução do orçamento, potencializando sua hegemonia frente ao legislativo. Entre os anos 2006 e 2013, as EPs estavam sob a égide da LC 101/2000, e regidas pela Resolução n. 01/2006, constando de caráter autorizativo. Nesta lógica, embora a possibilidade da realocação de recursos dada aos deputados e senadores, caberia à presidência a decisão de quando, como, e se, as EPs propostas seriam executadas.

Emerge deste arranjo, grande insatisfação por parte do Legislativo federal, que além de verem-se subordinados à vontade do chefe do executivo federal, viam-se também dependentes de decisões e apoio de Ministros e técnicos governamentais; assistindo com frequência ao descumprimento de seus compromissos junto às suas bases eleitorais por ordem dos rotineiros contingenciamentos impostos às EPs de sua autoria (FARIA, 2023). Neste contexto, ampliam-se as discussões quanto ao caráter do orçamento: impositivo ou autorizativo. No modelo autorizativo, o Poder Executivo se destacaria no que tange às decisões de gasto; no modelo impositivo, o Poder

Legislativo ganharia força (MENZES; PEDERIVA, 2015).

De acordo com Praça (2013), adoção do modelo “autorizativo” no processo orçamentário favoreceria o uso dos recursos públicos como instrumento de troca, que em momentos de instabilidade institucional poderia repercutir na maior execução de EPs. Assim, esses recursos poderiam ser utilizados para atrair os parlamentares a coalizão do governo, condicionando sua execução à aprovação de matérias do Executivo. No entanto, essa discricionariedade era vista como um entrave por parte do Legislativo, ao ter contingenciadas parte considerável de suas indicações.

Diante disso, as propostas de adoção de um orçamento impositivo surgem do desejo em conferir maior efetividade ao orçamento e resultam na obrigatoriedade da implementação, pelo Executivo, de emendas propostas pelos parlamentares. Inicialmente, a insatisfação dos congressistas repercutiu na LDO de 2014, que previu, em seu art. 52, a execução obrigatória das emendas em montante correspondente a 1,2% da receita corrente líquida (RCL) apurada no exercício anterior. Mais tarde, essa norma foi constitucionalizada por meio da EC/86, de 2015 (PIOLA e VIEIRA, 2019).

Para Castro (2021), a ideia de orçamento impositivo aponta para o rebalanceamento de poder entre Executivo e Legislativo sobre o orçamento público. Ao passo que reduz a margem discricionária do Executivo e incide sobre o complexo sistema de interações entre ambos, que envolve barganhas endereçadas de apoio ao governo. Na mesma linha, Baião, Couto e Oliveira (2019), consideram que a EC 86/2015 reduziu o desequilíbrio entre os congressistas, visto que restringiu ao Poder Executivo a priorização de deputados ou partidos específicos na execução da lei orçamentária, tanto no que se refere aos valores liberados, quanto aos prazos de execução.

Entre os primeiros resultados da aprovação do orçamento impositivo e da obrigação de que metade dos recursos alocados às emendas individuais fossem destinadas às ASPS, destaca-se o aumento da participação desses recursos específicos ao orçamento do MS considerando o montante total de EPs propostas. Em 2017, a execução das EPs ao SUS atingiu o patamar de 8% dos gastos totais com ASPS e 7,5% em 2018. Ou seja, o MS, além de empenhar as despesas impositivas acima do limite estabelecido pela EC 86/2015, empenhou outras despesas, associadas a EPs não obrigatórias, em valor muito elevado. Pode-se dizer que neste período, o executivo federal preteriu a alocação desses recursos em prol do

Congresso (PIOLA e VIEIRA, 2019).

No caminho de maior protagonismo da impositividade orçamentária, o Legislativo consegue inserir a obrigatoriedade de execução também sobre as EPs de bancada em 0,6% da RCL do ano anterior, nas LDO dos anos 2016 e 2017. Com regras diferentes, incidindo em cálculo sobre os valores previstos nos anos anteriores acrescidos de correção, as EPs de bancada permanecem impositivas nas LDO de 2018 e 2019. Em 2019, a impositividade dessas EPs passa a contar do texto Constitucional, por meio da EC 100/2019 (SILVA, 2024).

O ano de 2019 ainda contou com outros dois fatos de interesse sobre as EPs, sendo elas a promulgação da EC 105/2019 e a LC 13.957. No caso da EC 105/2019, trouxe em seus dispositivos, que as EPs individuais passariam a contar com duas modalidades de transferências: as de finalidades específicas e as transferências especiais. Essas últimas, ficaram conhecidas como “Emendas Pix”, tendo como críticas sua baixa transparência e dificuldade de fiscalização (BRAGA; SOUSA, 2024).

No caso da LC 13.957, esta introduziu na LDO de 2019 a criação de identificadores para outras duas modalidades de EPs: as de comissões permanentes (RP-8) do Congresso Nacional e as emendas de relatoria (RP-9), que ficaram conhecidas como emendas do “Orçamento Secreto”. Essas EPs, apesar de constarem como autorizativas, tiveram sua execução superior às impositivas, correspondendo a 43,5% das despesas federais em 2020 para essa modalidade de repasses (BASSI, 2022).

Em dezembro de 2022, o STF decidiu pela inconstitucionalidade da forma como as emendas de relator vinham sendo executadas, sob o argumento de como estavam postas, as RP-9 violavam os princípios de transparência, impessoalidade, moralidade e da publicidade previstos na CF/1988. A partir de então, ficou determinado que as emendas de relator devem ocorrer apenas para a correção de erros e omissões no PLOA (GREGGIANIN; MENDES; ALMEIDA, 2023).

Na sequência, como resultado de um acordo entre os parlamentares e o governo de transição recém-eleito, foi promulgada a chamada PEC da Transição – Projeto Emenda à Constituição nº 32 (PEC 32/2022), com isso, deu-se a aprovação da EC 126/2022, que, entre suas determinações, incorporou os recursos das emendas de relator-geral na composição do orçamento de 2023; e alterou a divisão entre senadores e deputados, que deixou de ser igualitária, ficando a Câmara com 77,5% e

o Senado, com 22,5% sobre o montante das emendas individuais. Determinou ainda, que a base de cálculo das EPs individuais passaria de 1,2% para 2% da RCL, com metade a ser destinado à ASPS (GREGGIANIN; MENDES; ALMEIDA, 2023).

Em julho de 2024, devido a um questionamento da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji) quanto à falta de transparência das EPs individuais sem finalidade definida, o STF instaurou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 7.688 (ABRAJI, 2024). Como desdobramentos, por determinação de que essas EPs, incluindo as de comissão, de bancada e de relator seguissem critérios de transparência e de rastreabilidade, ficou acordado que haveria a realização de um plano de trabalho entre os poderes Executivo e Legislativo a ser homologado pelo STF, o que ocorreu no início de 2025 (STF, 2025).

Além disso, o relator do processo, Ministro Flávio Dino, encomendou à Controladoria-Geral da União (CGU) uma auditoria sobre essas emendas. Com base nos relatórios, foi possível identificar que entre 2019 e 2024, foram alocados R\$ 186,3 bilhões em EPs sem a clareza da origem e o destino destes recursos. Entre outras conclusões, houve o apontamento sobre a dificuldade de rastreabilidade das EPs destinadas ao custeio do SUS. Tal fato, embora os avanços ocorridos no caminho de maior transparência, parecem ter deixado brechas que dificultarão a identificação dos proponentes das EPs de comissão (STF, 2024).

Tal situação é fato de interesse ao SUS, uma vez que, com a aprovação da LC 210, em dezembro de 2024 ficou definido que 50% das EPs de comissão também passarão a ser alocadas em ASPS. O que poderia ser interpretado como maior aporte de recursos à saúde, na verdade trataria de facilitar o cumprimento por parte do governo federal em atingir o valor mínimo de gasto exigido constitucionalmente para a área (HANDFAS, 2024). Além disso, a destinação do percentual da impositividade de EPs para a saúde, em 2014, foi apontado por Menezes e Dias (2014), como uma estratégia do Executivo para amenizar o impacto sobre suas despesas discricionárias, considerando que estas passariam a contar para seus gastos obrigatórios em ASPS.

Carnut et al. (2021), destacam que mesmo sendo um tema antigo, a relação entre as emendas e a alocação de recursos em saúde é pouco pautada na literatura. citam que os poucos estudos existentes consideram as emendas parlamentares como instrumento de barganha política do poder executivo com o poder legislativo e relatam o uso de critérios políticos desconsiderando o papel do planejamento orçamentário

em diminuir as desigualdades regionais em saúde. Ainda segundo os autores, essa forma de transferência de recursos, contrariando a lógica do orçamento planejado, tende a romper com as características típicas do processo de planejamento de longo prazo, o que, em termos concretos, gera desinvestimentos nas políticas, que “se adotados os devidos critérios” poderiam reduzir as desigualdades sociais em uma perspectiva longitudinal.

Outro aspecto relevante diz respeito à forma de distribuição dos recursos no Congresso. Autores como Carvalho (2007) e Cintra (2015) alertam que esse modelo promove um desequilíbrio representativo, pois os valores são determinados com base no número de parlamentares de cada unidade da federação, e não na proporção populacional. Dessa forma, estados sobrerrepresentados tendem a ser favorecidos em relação aos demais, ao receberem uma maior parcela de recursos federais quando considerada a distribuição per capita.

Neste sentido, Silva (2024), apontou reflexos dessa configuração política sobre os recursos transferidos por EPs ao SUS. A composição das transferências programáticas, que normalmente garantem maiores valores per capita à região Centro-Oeste, dado o peso parlamentar, há uma inversão de cenário. Neste caso, os maiores beneficiários passam a ser as regiões Norte e Nordeste. Destaca ainda, que a região Norte é a menor beneficiária recursos regulares, mas a mais bem remunerada por meio das EPs.

Ao investigar se as EPs teriam caráter redistributivo, Torres (2020), observou que apesar de seus achados sugerirem associação entre o bom desempenho de alguns indicadores de saúde e o recebimento de emendas, grande parte seria alocado em regiões que já possuem tais números acima da média nacional. O autor sinaliza sobre a necessidade de estabelecimento de prioridades de investimento que possam atender de forma mais eficiente as demandas locais em saúde.

Considerando a relevância que o PAB fixo teve sobre o financiamento da APS, diante de seu caráter regular e pautado em critérios socioeconômicos, Veira e Lima (2022), identificaram que a alocação das EPs não obedeceu ao desenho de alocação de recursos conforme proposto pelo PAB-Fixo, priorizando os municípios com população de até 50 mil habitantes, mais vulneráveis socioeconomicamente, em detrimento dos municípios menos vulneráveis, com população acima de 50 mil habitantes. Embora o cenário pareça favorável, houve uma grande distorção entre os

grupos, e identificou-se o tratamento desigual entre os mais vulneráveis.

A análise realizada por Vieira (2024), identificou entre os estados, que os recursos por EPs para AE são alocados em menor volume do que os recursos para APS, justamente nas áreas do Norte e Nordeste onde estão os maiores vazios assistências para os serviços de média e alta complexidade.

Ainda sobre a equidade, Baião (2020), ao analisar os municípios brasileiros, teve três principais achados: i) municípios com maior vulnerabilidade em saúde são justamente os que recebem menores valores de emendas. ii) há predileção dos parlamentares por suas regiões de votação e pelos municípios de sua base aliada. iii) a baixa capacidade técnica municipal - constante em grande parte dos municípios brasileiros - seria um obstáculo para o recebimento de recursos, pois além do caráter político da indicação, haveria também o fator institucional, que paradoxalmente torna os municípios menos estruturados, e, ao mesmo tempo, mais necessitados também menos aptos a receber aporte financeiro destinados à saúde pública.

No entanto, este último ponto não seria um entrave para as EPs destinadas fundo a fundo para o SUS. Principalmente por que desde 2016, com a possibilidade de acrescentar recursos aos Teto PAP, não se faz necessário nenhum plano de trabalho aos municípios para o recebimento desses recursos, o que certamente também contribuiu para a expansão dos entes beneficiados (PIOLA; VIEIRA, 2019).

Estudos que analisaram a alocação das EPs após o ano 2015, com foco no grupo de natureza de despesa (GND), têm verificado a ampliação da alocação de recursos correntes, destinados ao custeio / manutenção dos serviços em detrimento dos recursos de capital, que se relacionam à estruturação dos serviços (PIOLA; VIEIRA, 2018; SILVA, 2024, VIEIRA, 2024). A explicação estaria relacionada às inflexões decorrentes do contexto de crise econômica e de medidas de austeridade fiscal que se intensificaram em meados de 2010 (PIOLA; VIEIRA, 2018).

Nesse contexto, observa-se que o protagonismo legislativo sobre o orçamento configura um novo arranjo interinstitucional, que tem favorecido a atuação estratégica dos parlamentares e dos governos subnacionais na captação de recursos, muitas vezes em detrimento dos meios convencionais de planejamento e repasses financeiros do SUS (SILVA, 2024). Com isso, delineia-se uma dinâmica paralela de alocação orçamentária nas ASPs, pautada por negociações políticas, que sugerem a emergência de uma lógica distributiva, menos orientada por critérios técnicos e mais

influenciada pela correlação de forças entre os poderes e pelos interesses de seus representantes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos da alocação de recursos federais por emendas parlamentares para o financiamento da atenção primária e gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Analisar as transferências federais por emendas parlamentares alocadas na APS aos municípios brasileiros, no período de 2015 a 2022.
- Avaliar a associação entre o recebimento de EP e gastos dos municípios, no período de 2015 a 2020.
- Investigar o processo de captação e execução dos recursos federais provenientes de emendas parlamentares no âmbito da gestão local do SUS.
- Avaliar como as emendas parlamentares alocadas ao SUS repercutem sobre o processo de planejamento e execução orçamentária-financeira entre os municípios.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de método misto, estruturado para investigar as repercussões das EPs no processo de planejamento, de execução orçamentária-financeira e de gestão do SUS entre os municípios brasileiros. Para tanto, utilizou-se de dados quantitativos e qualitativos referentes às transferências federais por EPs para a área de saúde e alocadas na APS, no período de 2015 a 2022.

Esta pesquisa deriva de um projeto multicêntrico apoiado financeiramente pelo Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde (PMA) da Fiocruz, e desenvolvido em parceria entre pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e Universidade Estadual de Londrina (UEL), denominado: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da ENSP, sob o parecer 4.014.705/2020 e respeitou os preceitos éticos contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A obtenção e sistematização das informações quantitativas e qualitativas de que tratam esse estudo compuseram duas etapas, que embora distintas no método de coleta e análise dos dados, ocorreram de forma concomitante e são complementares.

A etapa de caráter quantitativo, teve abrangência nacional e envolveu a análise de dados secundários referentes ao financiamento federal da APS no Brasil, com foco nas transferências federais por EPs aos municípios. A de caráter qualitativo, compreendeu um estudo de caso, de cunho exploratório, cujo campo de estudo abrangeu uma macrorregião de saúde. Neste caso, a análise dos dados apoiou-se principalmente no conteúdo obtido por meio de entrevistas junto às equipes gestoras municipais e de informações financeiras relacionadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios selecionados. Os detalhes de cada etapa do estudo serão descritos na sequência.

4.1 ESTUDO QUANTITATIVO - REPASSES FEDERAIS DE EMENDAS E O FINANCIAMENTO MUNICIPAL DA APS NO BRASIL

Esta etapa consistiu em uma pesquisa exploratória e descritiva, baseada na análise de dados secundários sobre a execução de despesas em saúde do MS, bem como de receitas, despesas e dados demográficos dos 5.568 municípios brasileiros. Fernando de Noronha e Brasília não foram incluídos nas análises, pois, embora constem como beneficiários de repasses do Ministério da Saúde, não são considerados municípios (IBGE, 2023), e, portanto, não estão sujeitos à obrigatoriedade de aplicação do gasto mínimo em saúde estabelecida pela Constituição de 1988 para a esfera municipal.

O recorte temporal utilizado para a composição do banco de dados utilizado na pesquisa foi o período compreendido entre os anos 2015 e 2022, que diz respeito à vigência das EC 86 e 100, por meio das quais se deu a impositividade constitucional das EPs no orçamento federal, e, no caso da EC 86, com percentual fixado a ser investido em ASPs. Além disso, o período também correspondeu a importantes transformações de interesse ao financiamento do SUS e da APS, como a vigência da EC 95, conhecida como EC do Teto de Gastos; e a implementação do Programa Previne Brasil em 2019, que alterou a forma do financiamento da APS e vigorou até meados de 2023.

As fontes utilizadas para a obtenção das informações financeiras foram o Sistema de Informações do Senado sobre o Orçamento Federal (SIGA Brasil), os arquivos de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Já os dados demográficos foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), amplamente reconhecido como a principal referência para a obtenção de dados socioeconômicos e demográficos no Brasil.

O SIGA Brasil é um sistema desenvolvido pelo Senado Federal, que reúne informações sobre planos e orçamentos da União, permitindo identificar e coletar dados referentes a todas as etapas do ciclo orçamentário, desde a formulação da proposta do orçamento pelo Executivo federal até a efetiva execução dos respectivos recursos. Agrega diversas bases, como o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), Sistema Integrado de Planejamento e

Orçamento (SIOP), Sistema de Elaboração da Lei Orçamentária (SELOR), Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal (SICONV), entre outros sistemas afins.

Neste estudo, o SIGA Brasil foi utilizado para a obtenção das variáveis relacionadas às despesas por EPs, conforme a abordagem proposta por Vieira (2022). A autora identificou, no período do acesso e formulação do banco de dados da pesquisa (2015 a 2020), essa, como a fonte mais adequada para a análise das transferências do MS por EPs aos municípios, ao compará-la às informações obtidas no de Painel Emendas do FNS e de planilha eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Saúde pela Lei de Acesso à Informação.

No entanto, mesmo que considerada como a melhor escolha, o SIGA Brasil apresentou limitações, dada a falta de transparência e a qualidade das informações relacionadas à alocação das EPs pelos órgãos responsáveis. Isso se deu especialmente para os anos de 2015 e 2016. No ano de 2015, não foi possível a identificação das despesas por EPs de bancada, de comissão e de relatoria, pois não havia disponibilidade da identificação de despesas associadas a emendas por meio dos campos Resultado Primário (RP) e Plano Orçamentário (PO) para esse período específico. Em 2016, os problemas relacionaram-se às EPs de relatoria, onde também não foi possível identificar os municípios beneficiados por essa modalidade de repasses. Além disso, nos anos 2016, 2017 e 2020, verificou-se que a execução de despesas na modalidade de transferência a municípios teve como favorecido a Diretoria Executiva do FNS, impossibilitando a identificação de parte dos municípios que receberam os respectivos repasses.

O FNS, é o gestor financeiro dos recursos do SUS, e disponibiliza por meio de seu sítio eletrônico, acesso aos repasses realizados pelo MS aos diferentes entes e entidades, distribuídos nos Blocos de Estruturação da Rede de Serviços Públicos e Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Enquanto sistema de informação, permite identificar as despesas do MS por áreas de alocação dos recursos e linhas de repasse aos municípios, o que contribuiu para a obtenção de variáveis de interesse para este trabalho. Seus dados também precisaram de ajustes devido a mudança de nomenclatura dos blocos de financiamento, componentes e estratégias na série analisada, tendo em vista a comparação dos valores por área de alocação dos recursos por ano.

O SIOPS é uma ferramenta essencial para o registro, processamento e consolidação de dados sobre receitas totais e despesas em ASPS pelos entes federados no Brasil. Seu preenchimento é obrigatório aos entes e tem como principal objetivo o monitoramento do cumprimento da aplicação mínima de recursos em saúde, conforme estabelecido na Lei Complementar nº 141/2012. Os gestores devem atualizar os dados bimestralmente, estando sujeitos a medidas administrativas em caso de descumprimento. Além de garantir esse controle, o SIOPS fornece indicadores estratégicos que auxiliam no planejamento e na gestão do gasto público em saúde nas três esferas de governo.

Como fonte de informação, o SIOPS é reconhecido por sua relevância e clareza metodológica, inclusive destacando-se frente a outras bases. Contudo, sua característica autodeclaratória gera limitações quanto a padronização das informações, dada a complexidade das questões contábeis *versus* a capacidade técnica das equipes responsáveis pelo seu preenchimento nos municípios.

Conforme identificado por Vieira et al. (2022), existem problemas na informação por subfunções no SIOPS, sendo comum que os gastos em áreas finalísticas sejam subestimados. Frente à essa constatação, os autores sugeriram um método para ajuste do gasto total de 2015 a 2020 por ente municipal para a APS, reduzindo a subestimação da despesa declarada para essa área no intervalo de tempo estudado, aplicado nesta pesquisa.

Inicialmente, o banco de dados foi estruturado para abranger o período de 2015 a 2020, conforme planejamento da pesquisa multicêntrica. Para essa composição, a coleta de dados foi realizada no ano de 2021, obtendo-se em maio, os dados do SIGA Brasil e do SIOPS; em julho, do IBGE, e, em agosto, do FNS. Posteriormente, por iniciativa de pesquisadores da ENSP, foram incluídos ao banco, dados referentes aos anos de 2021 e 2022. A coleta dessas informações ocorreu em 2023, nos meses de setembro e outubro nas fontes SIGA Brasil, SIOPS e FNS, e em novembro no IBGE.

Acompanhando esta dinâmica, esta etapa do estudo foi composta por duas perspectivas analíticas: uma que utilizou a primeira configuração do banco de dados inicial, abrangendo o período de 2015 a 2020, organizada para investigar a associação entre a alocação de EPs federais para a APS e o gasto municipal em saúde, e outra, abrangendo além do período citado, os anos de 2021 e 2022, no intuito de contextualizar o cenário e analisar a tendência das despesas federais em ASPS

por EPs na modalidade de transferência aos municípios, abrangendo um maior intervalo de tempo.

4.1.1 Análise da Associação entre EPs da APS e o Gasto Municipal

Para esta análise, os recursos financeiros (emendas e gastos) foram padronizados por meio da divisão pela população dos municípios, gerando valores per capita que foram corrigidos pela inflação oficial do período, utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, para preços médios de 2020.

Como variáveis independentes, utilizaram-se os valores per capita alocados aos municípios brasileiros por meio de EPs para a APS e de EPs para Incremento do PAB. As variáveis dependentes foram a despesa per capita em ASPs com recursos próprios e a despesa municipal per capita com recursos próprios para APS (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrição das variáveis dependentes e independentes utilizadas para a análise de associação (continua).

Tipo da Variável	Nome	Descrição	Forma de Cálculo	Fonte
Independente	Emendas parlamentares para APS	Despesa total liquidada pelo MS em APS por EP tendo como favorecido o município. Consiste na soma das despesas dos grupos de natureza de despesa 3 (outras despesas correntes) e 4 (investimentos). No período de 2015 a 2018, engloba despesas registradas na subfunção 301 - atenção básica e na subfunção 122 - administração geral. Em 2019 e 2020, apenas as despesas da subfunção 301.	Soma das despesas liquidadas em EP destinadas à APS nos anos de 2015 a 2020.	Siga Brasil
	Emendas parlamentares para Incremento do PAB	Despesa paga pelo MS por EP para incremento do PAB, tendo como favorecido o município. De 2015 a 2018, corresponde ao valor estimado para o incremento PAB registrado na subfunção 122 - administração geral. De 2019 a 2020, é o valor registrado no PO - 0000 - Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção básica em saúde para cumprimento de metas - despesas diversas.	Soma das despesas pagas pelo MS para incremento do PAB por EP nos anos de 2015 a 2020.	Siga Brasil

Quadro 3 – Descrição das variáveis dependentes e independentes utilizadas para a análise de associação (conclusão).

Tipo da Variável	Nome	Descrição	Forma de Cálculo	Fonte
Dependente	Despesa <i>per capita</i> em ASPS com recursos próprios	Despesa do município em ASPS com recursos próprios por habitante.	Gasto informado pelo município em ASPS com recursos próprios dividido por sua população no ano de referência.	SIOPS
	Despesa <i>per capita</i> em APS com recursos próprios	Despesa do município em APS com recursos próprios por habitante. A despesa própria de cada ente municipal em APS, deduziu-se do seu gasto total o valor transferido pelo MS para esta área, obtido dos arquivos de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS).	Despesa liquidada do município em APS, subtraída do valor líquido repassado do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde no custeio da APS, dividida pela população do município nos anos de 2015 a 2020.	SIOPS, FNS

Fonte: Elaborado pela autora, com base Dicionário da Base de Dados da Pesquisa “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

Os municípios foram categorizados em sete grupos, segundo o número de habitantes em 2015: 1 – até 5.000; 2 – de 5.001 a 10.000; 3 – 10.001 a 20.000; 4 – 20.001 a 50.000; 5 – 50.001 a 100.000; 6 – de 100.001 a 500.000; e 7 – mais de 500.000 habitantes (PIOLA e VIEIRA, 2019).

As variáveis (dependentes e independentes) foram inicialmente analisadas de forma descritiva, por meio da média e desvio-padrão (DP), segundo o porte populacional dos municípios e o ano. Posteriormente, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para análise da normalidade e, para dados não normais, o teste de Kruskal-Wallis para identificação de possíveis diferenças entre os grupos.

A investigação da associação se deu por meio de modelos de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE) para medidas repetidas relacionadas, com estimativa do coeficiente beta (B) e Intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foram utilizados os seguintes parâmetros: distribuição normal da variável dependente, linear, matriz não estruturada e variância robusta (HARDIN e HIBE, 2002; PEKAR e BRABEC, 2018; KHUU e LEWIS, 2019; RODRIGUES et al., 2021).

As análises foram realizadas de forma estratificada por porte do município e

ajustadas, em modelo multivariado para obtenção do beta ajustado (Baj) (HARDIN e HIBE, 2002; PEKAR e BRABEC, 2018; KHUU e LEWIS, 2019), pelas variáveis unidade federativa, emendas, despesa liquidada per capita em APS, incremento do PAB e um termo de interação entre as emendas (atenção básica liquidada*incremento do PAB).

Além do cálculo empregado em todo o período de análise (2015 a 2020), foi realizado teste de sensibilidade com os dados referentes ao período de 2015 a 2019, ou seja, desconsiderando os dados do primeiro ano da pandemia de COVID-19. O programa utilizado nesta etapa foi o *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS* (versão 25).

4.1.2 Análise de Tendência

Para analisar a tendência dos recursos transferidos do MS aos municípios foi realizada regressão por *joinpoint*, tendo os anos 2015 a 2022 como variável independente. Foram empregados os parâmetros de variância constante, não correlacionado, método paramétrico e teste de permutação de Monte Carlo (4499 permutações aleatórias), para a definição do modelo com melhor ajuste para cada segmento. Como resultado deste processo foram extraídos a variação percentual anual (*annual percent change – APC*) e respectivos intervalos de confiança à 95% (IC95%) (CLEGG et al., 2009; GIOIA et al., 2024). As análises foram processadas no *programa Joinpoint Regression Software* (versão 5.3.0.0).

As demais variáveis utilizadas nesta etapa de análise estão descritas no Quadro 04.

Quadro 4 - Descrição das variáveis utilizadas para analisar a tendência dos recursos transferidos do MS aos municípios (continua).

Variável	Descrição da Variável	Fonte
Total de Repasses do MS	Valor total bruto do repasse do FNS/MS para o município no ano. De 2015 a 2017, corresponde à soma dos repasses dos Blocos de Financiamento Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Gestão do SUS, Investimento, Média e Alta Complexidade, e Vigilância em Saúde. Em 2018 e 2019, à soma dos repasses dos Grupos Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde do Bloco de Custeio, e dos repasses do Bloco de Investimento (independentemente da área de aplicação dos recursos).	FNS

Quadro 4 - Descrição das variáveis utilizadas para analisar a tendência dos recursos transferidos do MS aos municípios (continua).

Variável	Descrição da Variável	Fonte
Total de Repasses do MS	Em 2020, à soma dos repasses dos Grupos Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e Coronavírus (Covid-19) do Bloco de Manutenção da Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), e dos repasses do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento), independentemente da área de aplicação dos recursos. Em 2021, à soma dos repasses dos Grupos Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Especializada, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e Coronavírus (Covid-19) do Bloco de Manutenção da Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), e dos repasses do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento), independentemente da área de aplicação dos recursos. Em 2022, à soma dos repasses dos Grupos Assistência Farmacêutica, Atenção Primária, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Especializada, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção da Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), e dos repasses do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento), independentemente da área de aplicação dos recursos. Não engloba os repasses feitos a título de Apoio Financeiro Extraordinário, realizados em 2018.	FNS
Repasses do MS - custeio	Corresponde à diferença entre o total de repasses do FNS/MS para o município e o valor líquido do repasse do FNS/MS para o município para investimento no SUS, que de 2015 a 2017, corresponde ao Bloco de Financiamento de Investimento; em 2018 e 2019, ao Bloco de Investimento (independentemente da área de investimento) e, em 2020, ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento), independentemente da área de investimento).	FNS
Custeio total APS	Valor líquido do repasse do FNS/MS para o município para o custeio da atenção básica. De 2015 a 2017, corresponde ao Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Em 2018 e 2019, ao Grupo Atenção Básica do Bloco de Custeio, em 2020 e 2021, ao Grupo Atenção Básica do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), e 2022, ao Grupo Atenção Primária do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio).	FNS
Custeio total MAC	Valor líquido do repasse do FNS/MS para o município para o custeio da MAC. De 2015 a 2017, corresponde ao Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade. Em 2018 e 2019, ao Grupo Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Bloco de Custeio. Em 2020, ao Grupo Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio). Em 2021 e 2022, aos Grupos "Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar" e "Atenção Especializada" do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio).	FNS
EP MAC	Despesa total em ASPS paga pelo MS em MAC por EP, tendo por favorecido o município. Consiste na soma das despesas dos grupos de natureza de despesa 3 (outras despesas correntes) e 4 (investimentos). No período de 2015 a 2018, engloba despesas registradas na subfunção 302 - assistência hospitalar e ambulatorial e na subfunção 122 - administração geral. Em 2019, 2020, 2021 e 2022, apenas as despesas da subfunção 302.	Siga Brasil

Quadro 4 - Descrição das variáveis utilizadas para analisar a tendência dos recursos transferidos do MS aos municípios (conclusão).

Variável	Nome	Fonte
EP APS	Despesa total em ASPS paga pelo MS em atenção básica por EP, tendo por favorecido o município. Consiste na soma das despesas dos grupos de natureza de despesa 3 (outras despesas correntes) e 4 (investimentos). No período de 2015 a 2018, engloba despesas registradas na subfunção 301 - atenção básica e na subfunção 122 - administração geral. Em 2019, 2020, 2021 e 2022, apenas as despesas da subfunção 301.	Siga Brasil
EP Incremento PAP	Despesa total em ASPS paga pelo MS para incremento PAP por EP. De 2015 a 2018, corresponde ao valor estimado para o incremento PAP registrado na subfunção 122 - administração geral. De 2019 a 2020, é o valor registrado no PO - 0000 - Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção básica em saúde para cumprimento de metas - despesas diversas. Para 2021 e 2022, refere-se ao 0000 - Incremento Temporário ao custeio dos serviços APS para cumprimento de metas - despesas diversas.	Siga Brasil
EP Total	Despesa total geral em ASPS paga pelo MS por EP, tendo por favorecido o município. Consiste na soma das despesas dos grupos de natureza de despesa 3 (outras despesas correntes) e 4 (investimentos). Engloba as despesas registradas em todas as subfunções.	Siga Brasil

Fonte: Elaborado pela autora, com base no Dicionário da Base de Dados da Pesquisa “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

4.2 ESTUDO QUALITATIVO - O CASO DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ

O delineamento desta etapa consistiu na realização de estudo de caso da Macrorregião Norte do Paraná no intuito de compreender as repercussões da alocação de recursos federais por EPs na APS, na perspectiva da gestão local do SUS.

Este desenho de estudo, permite a melhor compreensão sobre grupos ou instituições ao realizar uma análise aprofundada considerando múltiplas dimensões. Seu método se traduz em importante ferramenta nos estudos de fenômenos sociais complexos, ao preservar as particularidades e fatos representativos dos eventos da vida real (YIN, 2001). Para isso, mesclam-se diferentes métodos e estratégias para a obtenção dados, como análise documental, observação e entrevistas (GIL, 2009).

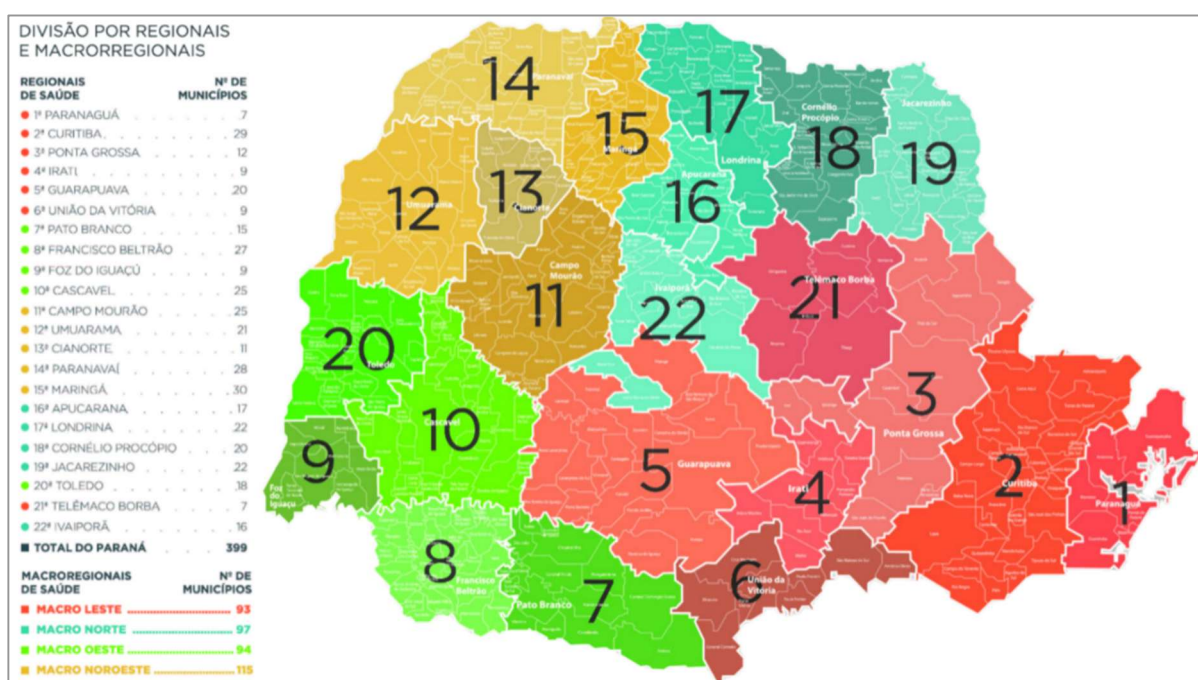
4.2.1 Campo de Estudo

O campo de estudo foi a Macrorregião Norte, que teve como motivação inicial para sua seleção, o fato de estar localizada em sua área de abrangência, a

Universidade Estadual de Londrina (UEL), e do GestSUS - grupo de pesquisa de apoio à gestão municipal em saúde, que desenvolve nesta região, estudos sobre o território e ações de apoio à formação de equipes técnicas e gestoras do SUS. Além disso, a escolha se justifica pela representatividade do território como amostra, ao apresentar cenários diversos quanto à estrutura e organização dos serviços, o que contribuiu para a avaliação das repercussões das EPs em diferentes cenários e contextos municipais.

A macrorregião norte tem como sede o município de Londrina, o segundo mais populoso do Estado do Paraná. É formada por cinco (05) regionais de saúde (RS), sendo elas a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS, que juntas abrangem uma população aproximada de dois milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios (IBGE, 2023).

Figura 1 - Estado do Paraná e suas Macrorregiões de Saúde.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-Pr)

4.2.2 Seleção dos participantes da pesquisa

A descrição deste item está baseada no manual elaborado por um subgrupo da pesquisa formado para organizar e orientar os procedimentos envolvidos nas diferentes fases da etapa de campo do projeto.

A seleção dos municípios foi realizada na fase preparatória da pesquisa maior,

utilizando-se dados quantitativos secundários, disponíveis no banco de dados do projeto, que apoiaram a criação de dois indicadores de financiamento e gasto municipal: *i)* a despesa municipal em APS per capita, que se refere à despesa municipal em APS per capita, de modo a destacar a importância do gasto dos municípios com APS; e *ii)* e a participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do Ministério da Saúde para a APS, que trata da participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do Ministério da Saúde para a APS, e expressa a importância das emendas nas transferências federais para a APS aos municípios.

O cálculo do indicador de despesa municipal em APS per capita foi realizado com dados provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio dos quais realizou-se uma operação de divisão em que o numerador foi a despesa liquidada estimada dos municípios em APS e o denominador foi a população total estimada em cada um dos municípios.

O indicador referente às transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS se referiu ao quociente da divisão entre a despesa total liquidada do MS em APS por emenda parlamentar, obtida a partir do SIGA Brasil, e o valor líquido de repasse do MS para os municípios para o custeio da APS, disponível nos arquivos de repasse anual fundo a fundo do FNS.

Os parâmetros para definição das categorias foram obtidos através da média dos valores recebidos por município, no período de 2015 a 2020, distribuindo-as em quartis, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Valores relativos aos indicadores utilizados para a seleção dos municípios da macrorregião Norte do PR.

Indicador	Valor mínimo	1º quartil (25%)	2º quartil (50%)	3º quartil (75%)	Valor máximo
Despesa municipal em APS per capita	210,2	472,8	656,8	890,4	2005,2
Participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS aos municípios	3,4	17,9	23,6	30,3	42,2

Fonte: Elaborado pela autora, com base no Relatório 01 da pesquisa: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

Nota: Valores em R\$ corrigidos para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Após análise dos indicadores, que consistiu em determinar o valor médio de repasses para cada um considerando sua classificação na associação entre a alta ou a baixa importância da APS no gasto municipal em saúde e a alta ou baixa importância das EPs nas transferências federais para APS, os municípios foram categorizados conforme as possibilidades descritas no Quadro 5:

Quadro 5 - Categorias de classificação municipal quanto a importância da APS no gasto municipal em saúde e das EPs nas transferências federais para APS.

Nomenclatura	Descrição
Alta/alta	Município com alta importância para ambos os indicadores;
Baixa/baixa	Município com baixa importância para ambos os indicadores;
Alta-baixa	Município com alta importância da APS no gasto municipal em saúde e baixa importância das emendas das transferências federais para a APS;
Baixa-alta	Município com baixa importância da APS no gasto municipal em saúde e alta importância das emendas das transferências federais para a APS
Alta-Ø	Município apenas com alta importância da despesa per capita em APS;
Baixa-Ø	Município apenas com baixa importância da despesa per capita em APS
Ø-alta:	Município apenas com alta importância da participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS
Ø-baixa	Município apenas com baixa importância da participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS
Sem enquadramento	Sem enquadramento nas possibilidades anteriores

Fonte: Elaborado pela autora, com base no Relatório 1, da pesquisa: "Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil".

Buscou-se selecionar de forma prioritária os dois municípios mais representativos dentro da distribuição: alta-alta, alta-baixa, baixa-alta e baixa-baixa. As demais categorias auxiliaram no processo de seleção, quando da impossibilidade da participação da prioridade mencionada, devido a fatores diversos, ou recusa dos municípios em participar da pesquisa. Procurou-se também garantir que houvesse a representatividade das cinco (05) regiões que compõem a Macronorte na composição

da amostra. Para isso, foram incluídos municípios com posições variadas, prevendo a possibilidade de recusa ou outras possíveis intercorrências. Devido às especificidades, tanto no que diz respeito ao porte, quanto ao que se refere à sua posição como sede da macrorregião, o município de Londrina foi incluído no estudo de forma obrigatória.

Inicialmente a seleção resultou em 9 municípios na Macrorregião Norte do PR: Londrina (17ªRS), Miraselva (17ªRS), Santo Antônio do Paraíso (18ªRS), Cruzmaltina (22ªRS), Salto do Itararé (19ªRS), Porecatu (17ª RS), São Pedro do Ivaí (16ªRS), Apucarana (16ªRS) e Cândido de Abreu (22ªRS).

Considerando o aceite de participação e particularidades relacionadas a gestão de alguns municípios, fizeram-se necessárias algumas substituições, que resultaram na composição descrita na Tabela 2.

Tabela 2 - Categorização dos Municípios segundo indicadores de elegibilidade.

Município (Região de Saúde)	Categoria	Despesa municipal em APS per capita	Participação das Transferências por EPs para a APS na transferência total do MS para a APS
		R\$*	%
Apucarana (16ª)	Baixa / baixa	206,3	6,1
Arapuã (22ª)	Alta / alta	1416,40	30,6
Cândido de Abreu (22ª)	Baixa / baixa	351,2	5,1
Cruzmatina (22ª)	Alta / baixa	1200,8	15,8
Conselheiro Mairinck (19ª)	Alta / ø	1146,5	22,7
Londrina (17ª)	Baixa / baixa	303,6	3,37
Pinhalão (19ª)	Baixa / alta	415,5	33,8
Porecatu (17ª)	Baixa / alta	292,2	31,4
Santo Antônio do Paraíso (18ª)	Alta / alta	1866,9	30,8

Fonte: Elaborado pela autora, com base no Relatório 1, da pesquisa: "Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil".

Nota: Valores em R\$ corrigidos para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

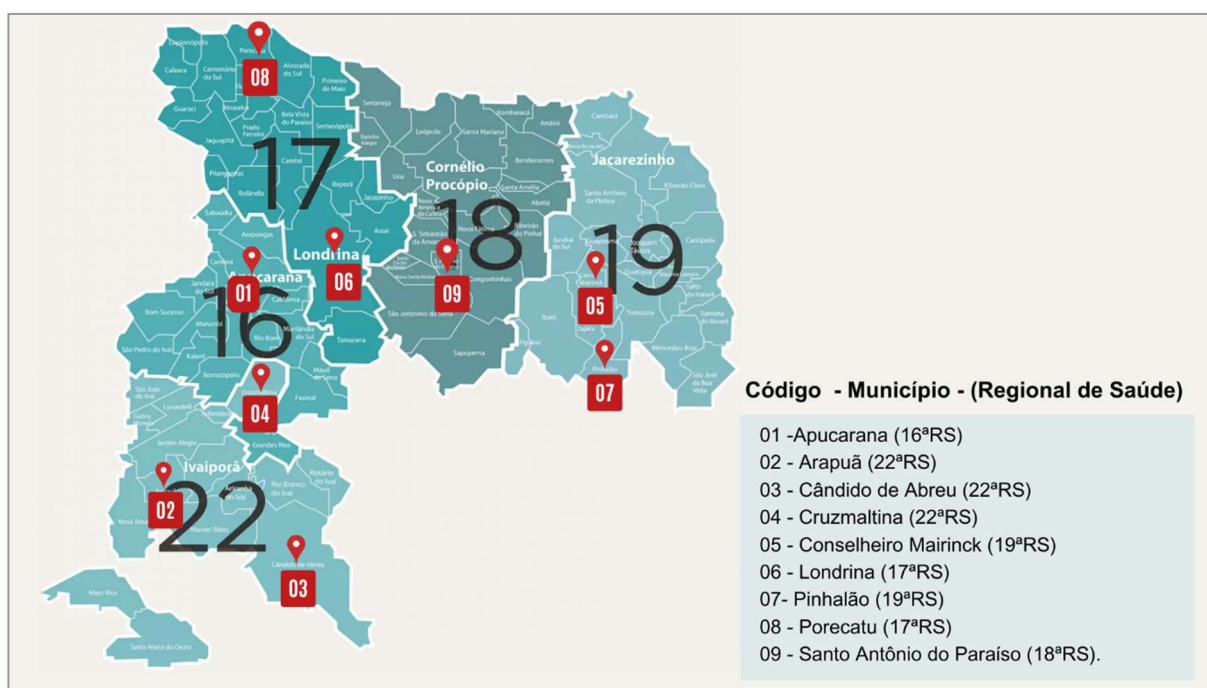
Definiu-se como participantes a serem entrevistados na pesquisa, integrantes das equipes gestoras do SUS e técnicos municipais que se relacionassem diretamente com as EPs para a área da saúde no âmbito municipal. O contato inicial se deu com os secretários municipais de saúde, e este foi o responsável pela

indicação dos técnicos participantes.

4.2.3 Caracterização dos municípios e entrevistados do estudo

As cinco regiões de saúde (RS) que compõem a Macrorregião Norte do Pr têm como sede, os municípios de Apucarana (16ª RS), Londrina (17ª RS), Cornélio Procópio (18ª RS), Jacarezinho (19ª RS) e Ivaiporã (22ª RS). A figura 2 ilustra a divisão territorial da macrorregião estudada e a localização dos municípios selecionados para o estudo conforme sua respectiva RS.

Figura 2 - Localização dos municípios do estudo por região de saúde - Macrorregião Norte do Paraná, 2022.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Adaptado pela autora.

A Tabela 3 apresenta o perfil sociodemográfico dos municípios participantes, segundo dados e indicadores selecionados, evidenciando a heterogeneidade da amostra. Ressalta-se que os indicadores referentes ao IDHm e Índice de Gini são dizem respeito ao ano 2010, por não haver informações mais recentes disponíveis com detalhamento por município. Segundo o porte municipal, a maior parte é considerada como Município de Pequeno Porte (MPP), por estar enquadrado na categoria “Pequeno - Porte I” para municípios de até 20.000 habitantes. De acordo com a tipificação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), além do grupo

citado, os municípios podem ser enquadrados como *i*) Pequenos II (20.001 a 50.000 habitantes); *ii*) Médios (De 50.001 a 100.000 habitantes); *iii*) Grandes (De 100.001 a 900.000 habitantes) e *iv*) Metrôpoles (Acima de 900.000 habitantes) (BRASIL, 2004).

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), embora todos os componentes da amostra tenham sido classificados como de “médio desenvolvimento humano”, verifica-se que Arapuã, Cândido de Abreu e Cruzmaltina ocupam baixas posições quando avaliados junto aos demais municípios do Estado. De outra forma, destacam-se os dois de “grande porte” (MGP), por possuírem os maiores IDHm entre os selecionados, e estarem bem-posicionados em nível estadual.

Entre os MPP há variações consideráveis nos indicadores socioeconômicos, com locais que embora apresentem maior PIB per capita e indicativo de menor desigualdade de renda - segundo o índice de Gini apresentado -, detém baixo IDHm, como é o caso de Cruzmaltina.

Quanto ao PIB per capita, tendo como parâmetro a média Nacional, que em 2022 foi de R\$ 49.638,29, Arapuã, Cruzmaltina e Santo Antônio do Paraíso ficaram mais bem posicionados. No entanto, nenhum dos entes igualou-se ou superou a média do Estado, de R\$ 53.710,00 (IBGE, 2022). De um modo geral, o município de Cândido de Abreu obteve os piores indicativos, por apresentar o menor IDHm, o valor mais alto do Índice de Gini, e o segundo menor valor do PIB per capita entre os avaliados.

Tabela 3 - Perfil dos municípios selecionados segundo indicadores sociodemográficos, 2022.

Município	População (2022)*	Porte Populacional*	IDHm** (Posição no Estado)	PIB per capita (em R\$) *	Índice de Gini****
Apucarana	130.134	Grande	0,748 (33)	28.189,54	0,4505
Arapuã	2.631	Pequeno	0,676 (312)	51.561,44	0,5118
C. de Abreu	15.244	Pequeno	0,629 (383)	28.869,34	0,5669
C.Mairinck	3.461	Pequeno	0,707 (194)	39.176,79	0,4766
Cruzmaltina	2.882	Pequeno	0,666 (334)	52.273,46	0,3801
Londrina	555.965	Grande	0,778 (6)	40.636,89	0,5226
Pinhalão	6.566	Pequeno	0,697(246)	39.773,88	0,5356
Porecatu	11.624	Pequeno	0,738 (62)	44.031,43	0,4310
S. A. do Paraíso	1.323	Pequeno	0,716 (152)	52.081,94	0,4879

Fonte: *IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102011.pdf>

**IPARDES. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Indicadores-Sociais>

***IBGE. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

****Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipr.def>

A amostra selecionada apresenta padrões distintos entre os MGPs e os MPPs no que se refere à capacidade arrecadatória e dependência de transferências de recursos de outras esferas de governo. Ao passo que os MGPs possuem maior suficiência quanto a arrecadação, e menor dependência de recursos externos; os MPPs, são pouco capazes em arrecadar tributos e altamente dependentes de transferências de outros níveis de governo (Tabela 4).

Tabela 4 - Participação das receitas de impostos e transferências intergovernamentais na receita total dos municípios estudados, 2021 – 2022.

Município	Participação da receita de impostos na receita total do Município*	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município*
	Em %	
Apucarana	17,31	74,37
Arapuã	3,02	93,86
Cândido de Abreu	6,23	88,67
Conselheiro Mairinck	3,65	90,38
Cruzmaltina	2,72	93,21
Londrina	32,07	43,01
Pinhalão	6,52	88,14
Porecatu	10,49	81,64
Santo Antônio do Paraíso	2,26	94,39

Fonte: SIOPS; FNS. Elaborado pela autora.

*Valores médios dos indicadores do SIOPS para os anos de 2021 e 2022. **Valores obtidos pela média de recebimento de emendas parlamentares, divididos pela média de despesas totais em saúde informada no SIOPS para os anos de 2021 e 2022, entre os municípios estudados.

Seguindo a tendência Nacional, em que gastos em ASPS pelos municípios superam o mínimo estabelecido constitucionalmente, a totalidade dos participantes investiram percentuais acima aos 15% (Tabela 5). A participação das transferências intergovernamentais é mais expressiva sobre os MGP, reconhecidos por receberem periodicamente recursos para média e alta complexidade, área que concentra a maior parte das despesas do MS junto aos municípios.

Tabela 5 - Participação das transferências intergovernamentais ao SUS e despesa em saúde entre os municípios estudados, 2021 – 2022 (continua).

Município	Despesa total em ASPS por habitante*	Transferências intergovernamentais ao SUS sobre as despesas totais com ASPS	Despesa com recursos próprios em saúde por habitante	Despesas com recursos próprios em ASPS
	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)
Apucarana	1.265,82	57,42	459,04	25,11

Tabela 6 - Participação das transferências intergovernamentais ao SUS e despesa em saúde entre os municípios estudados, 2021 – 2022 (conclusão).

Município	Despesa total em ASPS por habitante*	Transferências intergovernamentais ao SUS sobre as despesas totais com ASPS	Despesa com recursos próprios em saúde por habitante	Despesas com recursos próprios em ASPS
	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)
Arapuã	1.915,30	25,34	1.292,11	19,24
Cândido de Abreu	1.095,72	37,08	663,73	21,44
C.Mairinck	1.450,48	18,43	1.348,03	28,10
Cruzmaltina	2.114,91	29,09	1.393,08	18,84
Londrina	1.468,97	50,83	670,43	27,08
Pinhalão	1.023,15	40,78	562,21	16,62
Porecatu	1.155,63	24,42	821,20	27,18
S. A. do Paraíso	2.558,10	22,48	2.204,48	23,04

Fonte: SIOPS. Elaborado pela autora.

*Valores médios dos indicadores do SIOPS para os anos de 2021 e 2022.

Sobre a capacidade instalada para alguns elementos de interesse da APS, foi possível identificar uma maior cobertura da população cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) entre os MPPs, que atingiram a totalidade de cadastros em potencial para os respectivos territórios. À exceção do município de Porecatu, os MPPs também possuem as melhores razões per capita para o número de ACS, ficando todos os demais dentro dos parâmetros preconizados pelo MS.

Quanto à ESF, verificou-se que sua abrangência populacional está dentro dos padrões preconizados pelo MS, para todos os municípios, à exceção de Londrina. Este, inclusive, só não obteve as piores relações de cobertura per capita diante dos demais, sobre o indicador que se refere à cobertura por equipes de saúde bucal.

Tabela 7 - Capacidade instalada da APS entre os municípios selecionados, 2022 (continua).

Município (habitantes)	UBS	Equipes ESF	Equipes SB	ACS	População cadastrada SISAB
	N (razão*)				%
Apucarana	33 (3.943)	43 (3.026)	11 (11.830)	190 (685)	95,1
Arapuã	2 (1.316)	2 (1.316)	1 (2.631)	10 (263)	100,0
Cândido de Abreu	13 (1.173)	6 (2.541)	4 (3.811)	36 (423)	100,0
C.Mairinck	1 (3.461)	1 (3.461)	1 (3.461)	7 (494)	100,0
Cruzmaltina	3 (961)	1 (2.882)	0 (-)	7 (412)	100,0
Londrina	58 (9.586)	81 (6.864)	23 (24.172)	251 (2.215)	65,8

Tabela 8 - Capacidade instalada da APS entre os municípios selecionados, 2022 (conclusão).

Município (habitantes)	UBS	Equipes ESF	Equipes SB	ACS	População cadastrada SISAB
	N (razão*)				%
Pinhalão	4 (1.642)	3 (2.189)	2 (3.283)	15 (438)	100,0
Porecatu	4 (2.906)	4 (2.906)	3 (3.875)	17 (684)	95,0
S. A. do Paraíso	2 (662)	1 (1.323)	0 (-)	7 (189)	100,0

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); IBGE, 2022.

Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>

* Razão do número de UBS ou equipes existentes (cadastradas) divididas pela população residente.

O perfil dos gestores do SUS, à época das entrevistas - em 2022 - era formado em sua maior parte, por pessoas que iniciaram a gestão no ano de 2021, após o pleito eleitoral de 2020. Três deles possuíam experiência prévia, e um estava nomeado como secretário de saúde há mais de 20 anos. No entanto, os que relataram menor tempo no cargo demonstraram contato prévio com o setor público ou mesmo o exercício da gestão em outras áreas de atuação. Prevaleram também nesse perfil, pessoas com ensino superior completo, sendo, quatro com formação na área de saúde; um em gestão pública e dois na área de educação. No entanto, destaca-se, que sobre a totalidade de gestores, foi maior a maior proporção de pessoas sem a formação na área da saúde.

Entre os secretários, dois não participaram das entrevistas sobre as EPs, designando outros representantes que entenderam ter afinidade com o tema. O perfil dos entrevistados consta no Quadro 6, que totalizou sete gestores da saúde e 11 integrantes da equipe técnica municipal, em sua maioria, relacionados à área contábil.

Quadro 6 - Perfil dos entrevistados participantes do estudo (continua).

Enquadramento	Sexo	Escolaridade	Área de formação
	(N)		
Secretários (as) municipais de saúde (07)	Feminino (4)	Ensino fundamental (01)	Enfermagem (02)
	Masculino (3)	Ensino médio (01)	Odontologia (01)
		Ensino superior com pós-graduação na área da saúde (03)	Farmácia (01) Pedagogia (01)
		Ensino superior em outras áreas que não saúde (02)	

Quadro 6 - Perfil dos entrevistados participantes do estudo (conclusão).

Enquadramento	Sexo	Escolaridade	Área de formação
Equipe técnica (11)	Feminino (6)	Ensino médio (01)	Técnico em contabilidade (01)
	Masculino (5)	Ensino superior (04)	Ciências contábeis (06)
		Ensino superior com pós-graduação – nível especialização (04)	Medicina (02)
		Ensino superior com pós-graduação – nível mestrado (02)	Enfermagem (02)

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.4 Coleta dos dados - entrevistas

Utilizou-se para as entrevistas, um roteiro semiestruturado (Apêndice B), com 21 questões considerando aspectos relacionados às EPs no âmbito da gestão municipal do SUS. O foco das questões voltou-se para o processo de captação, de planejamento e execução orçamentária dos recursos, bem como para a percepção dos entrevistados sobre o tema. Para testar o roteiro, foi realizada uma entrevista piloto em um município da macrorregião que não integrou a amostra da pesquisa. Esse momento permitiu a qualificação do instrumento e a calibração dos entrevistadores, mostrando-se uma importante estratégia para a etapa de campo.

Outra medida que apoiou as entrevistas foi a formulação de dossiês dos municípios participantes. Neles continham informações sobre a estrutura, a organização, a gestão municipal e o financiamento da APS, além de dados de caracterização do cenário socioeconômico e da equipe gestora do SUS local.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, com o entrevistado (a) e dois pesquisadores, nos respectivos municípios, em local reservado, tendo em vista resguardar a privacidade dos participantes. Como forma de garantir ambiente propício, sem interrupções, as visitas foram antecedidas de agendamento realizado via e-mail, aplicativo de mensagem ou contato telefônico. Cada um dos entrevistados, após terem sido esclarecidos dos objetivos da pesquisa, bem como das informações prestadas, concordaram em participar, firmando o aceite com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Com a devida autorização, os encontros foram gravados e posteriormente, transcritos, por uma empresa

contratada.

Após cada visita, deu-se o preenchimento dos diários de campo para o registro das impressões imediatas de cada pesquisador, contextualizando as informações obtidas na condução de entrevistas. Essa ação, aliada às demais práticas adotadas nesta etapa de campo, teve como objetivo garantir a consistência do material a ser analisado.

4.2.5 Análise das entrevistas

Para a análise do conteúdo das entrevistas, utilizou-se de uma abordagem qualitativa crítica-hermenêutica, considerando sua adequação para compreender os fatores em toda a sua complexidade, considerando a influência destes na percepção do objeto pelos atores envolvidos. A escolha da hermenêutica também se justifica pelo fato de o objeto de análise estar relacionado às relações políticas entre diferentes atores, em um cenário caracterizado por múltiplos significados, motivações e interesses. Essas características não podem ser reduzidas a variáveis de forma isolada; por isso, a análise hermenêutica crítica foi vista como a melhor opção interpretativa dos achados em seus contextos, considerando os múltiplos fatores envolvidos (MINAYO, 2002).

Como forma de garantir o sigilo e ética na condução do estudo, foi tomado todo o cuidado pela pesquisadora, no decorrer da análise, a fim de garantir a não identificação dos entrevistados. Para isso, definiram-se códigos alfanuméricos, por municípios e seus respectivos participantes. Os municípios foram identificados pela letra "M", seguida de um número: M1, M2, [...], M9. Os entrevistados, codificados com a letra "E", e, da mesma forma seguida de um número: E1, E2, E3, [...], E18.

Com base nos objetivos do estudo e na pesquisa maior, estruturou-se uma matriz sintética, para o direcionamento das análises (Quadro 7), considerando as dimensões: captação, planejamento e gestão orçamentária, operacionalização e percepção, que se configuraram nos capítulos de resultados a saber: *i)* Captação de EPs - relações, fluxos e estratégias; *ii)* Planejamento, Gestão financeira e as EPS *iii)* Operacionalização das EPs no âmbito municipal; *iv)* Concepções e percepções das equipes gestoras sobre as EPs.

Quadro 7 - Dimensões e aspectos considerados para a análise das entrevistas.

Dimensão	Aspectos considerados na análise
Captação	Estratégias para a captação dos recursos e definição do objeto; atores envolvidos e seus papéis; participação dos consórcios intermunicipais de saúde na captação de recursos de emendas; protagonismo quanto à definição do objeto das EPs, possíveis tensões existentes.
Planejamento e gestão Orçamentária	Processo de planejamento municipal frente à alocação de recursos por EPs; discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP nas instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB); gestão financeira / orçamentária dos recursos: alinhamento/associação dos recursos oriundos das emendas com os programas orçamentários; aplicação/uso de recursos de advindos de emendas.
Operacionalização	Organização e capacidade técnica municipal; forma de execução dos recursos; desafios encontrados; monitoramento e fiscalização.
Percepção	Concepções acerca dos regimentos, impositividade do orçamento, critérios de distribuição. Percepção dos entrevistados quanto às EPs.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.6 Obtenção e análise dos dados secundários

Considerando as dimensões propostas e a intenção de complementar a análise dos dados obtidos nas entrevistas, buscou-se informações com foco no tema das EPs e questões de interesse sobre os processos de captação, planejamento, gestão orçamentária e operacionalização dos recursos.

Os dados referentes às receitas e despesas municipais por EPs foram obtidos nos sites do FNS, do SIOPS e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE-PR), sendo organizados e tabulados no software Microsoft Excel®, versão 2016. Os instrumentos de gestão dos municípios avaliados — PMS e RAG — foram acessados por meio do Sistema DigiSUS e analisados documentalmente, com ênfase na abordagem das EPs em seu conteúdo. O Quadro 8 detalha os elementos pesquisados segundo a dimensão de análise, fonte de informações e os períodos avaliados.

Quadro 8 - Fontes de informação para análise documental.

Dimensão	Informação	Fonte	Período analisado
Captação	Receitas municipais por EPs	FNS*	2021-2022
	Planos Municipais de Saúde	DigiSUS**	2018-2022
Planejamento e Gestão orçamentária	Despesas totais municipais por subfunção	SIOPS***	2021-2022
	Despesas municipais por EPs por subfunção	TCEPR****	2021-2022
Operacionalização	Relatórios Anuais de Gestão	DigiSus***	2018-2022

Nota: Disponível em:

* https://investuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_Emendas/CGIN_Painel_Emendas.html

** <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/extracao>

*** http://siops.datasus.gov.br/filtro_rel_ges_dt_municipal.php?S=1&UF=41;&Ano=2024&Periodo=2

**** <https://pit.tce.pr.gov.br/EmendasParlamentares/EmendasParlamentaresConsulta/EmendasParlamentaresBI>

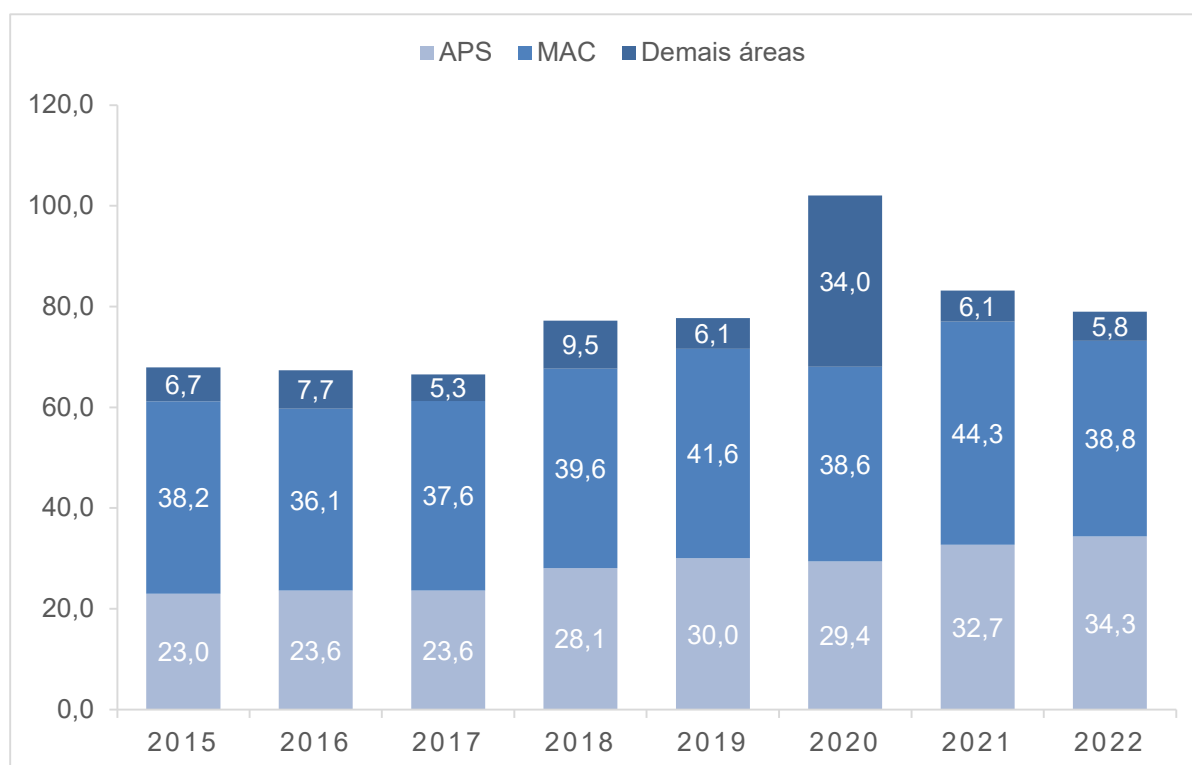
A opção pelos períodos de análise referentes às despesas e EPs se deu no intuito de melhor compreender o cenário retratado pelos entrevistados, que tiveram em sua maior parte as gestões iniciadas em 2021. No que diz respeito aos instrumentos de planejamento, a abrangência foi maior devido ao início do mandato corresponder ao último ano de vigência do processo de planejamento de 2018-2021 e primeiro ano do processo correspondente aos anos 2022-2025.

5 RESULTADOS

5.1 REPASSES FEDERAIS DE EMENDAS E O FINANCIAMENTO MUNICIPAL DA APS NO BRASIL

A análise das transferências do MS aos municípios mostra o crescimento de recursos repassados à APS, representando um aumento de aproximadamente 49% quando comparados os anos de 2015 e 2022. É possível também identificar que a APS se configura como a segunda maior área de despesas federais em ASPS que tem como beneficiários o ente municipal (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Transferências federais para o financiamento das ASPS por área de repasse, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022.



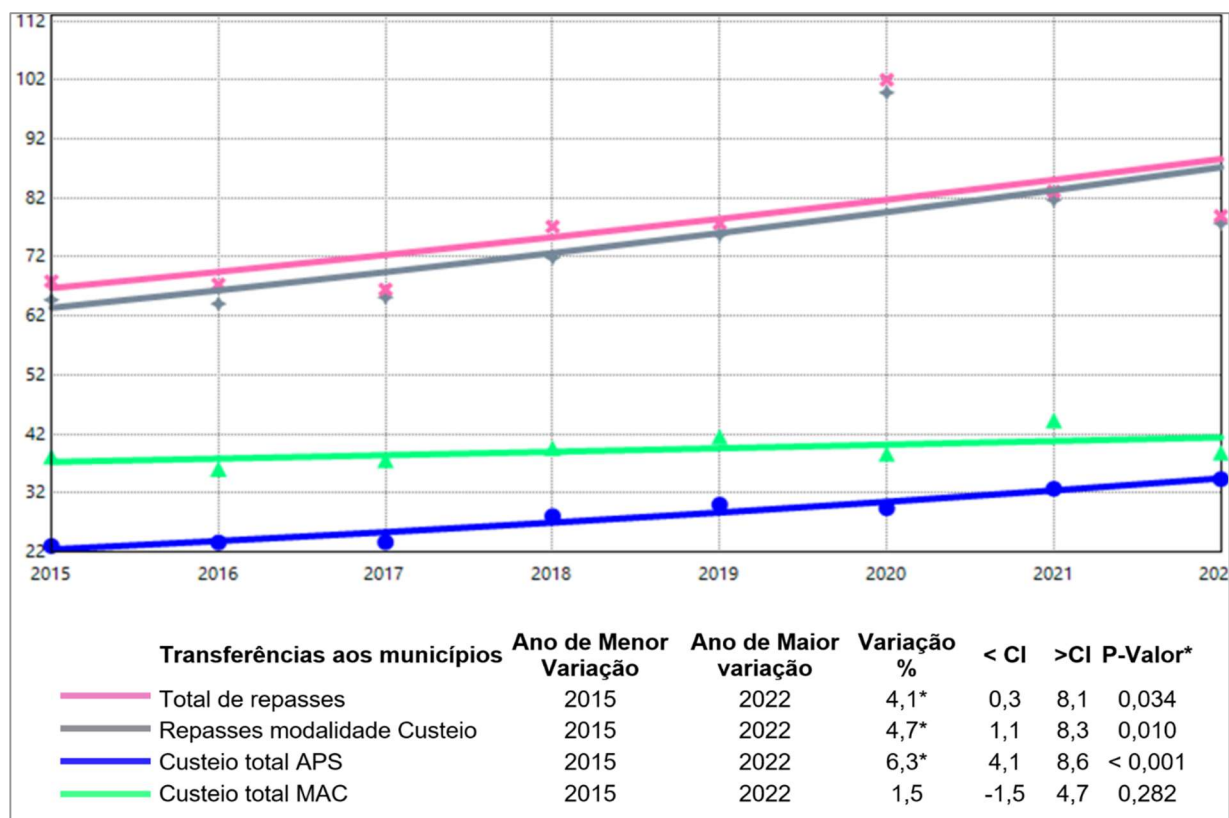
Fonte: SIGA Brasil.

Nota: Valores em R\$ (1 bilhão), corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

O Gráfico 2 permite identificar a tendência de crescimento sobre os repasses totais em ASPS e APS, com média de crescimento anual de 4,1 e 6,3% ao ano respectivamente, assim como a estabilidade quanto aos valores repassados à atenção especializada (AE). A análise permite a interpretação que mesmo no ano de 2020, onde se verifica um aumento expressivo dos repasses totais, muito

provavelmente em decorrência pela pandemia da COVID-19, tal aumento não repercutiu sobre a tendência média de crescimento apresentada.

Gráfico 2 - Evolução das Transferências do Ministério da Saúde aos Municípios: Totais e Distribuição por Áreas, APS e MAC, 2015 – 2022.



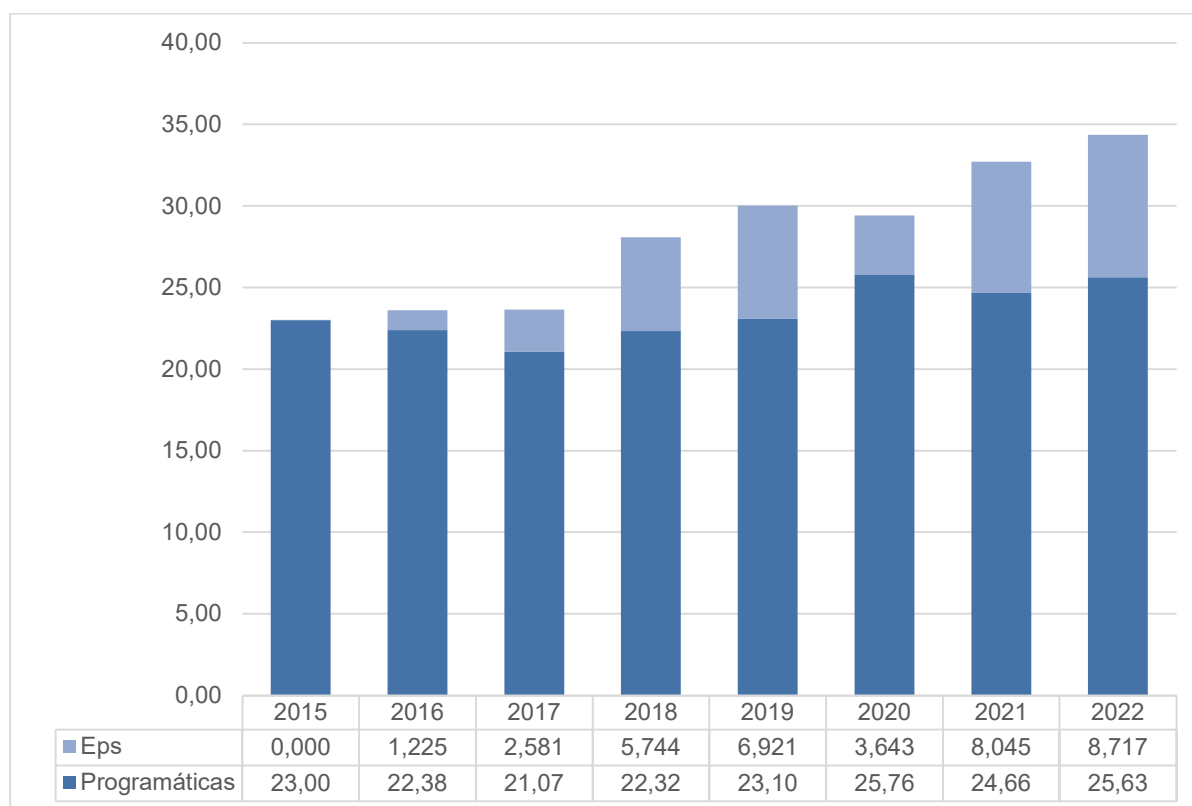
Fonte: SIGA Brasil.

CI - Intervalo de confiança.

Nota: Valores em R\$ (1 bilhão) corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Observa-se que entre os valores transferidos à APS, a categoria identificada como “programáticas”, apresenta um acréscimo de 11,6% ao comparar os anos 2015 e 2022. No entanto, tomando o mesmo parâmetro para o grupo “EPs”, que corresponde as transferências por emendas, observa-se que o aumento ultrapassa os 87%. Desde 2018, com exceção de 2020, essas transferências têm representado mais de 20% dos repasses do Ministério da Saúde para essa área, chegando a atingir 25,5% em 2022 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Transferências federais para o financiamento da APS, por EPs e programáticas, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022.



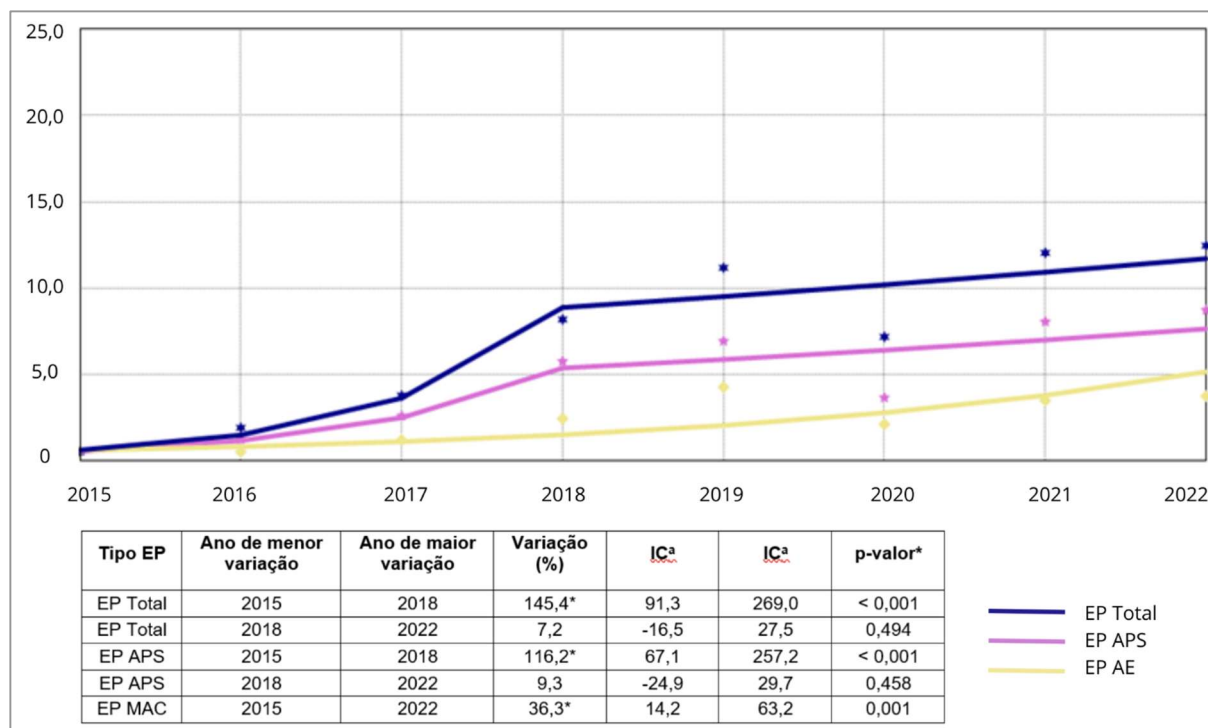
Fonte: SIGA Brasil e FNS.

Nota: Valores em R\$ (1 bilhão) corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A análise da evolução das transferências federais por EPs no período de 2015 a 2022, evidenciou a tendência de aumento nos três aspectos analisados, ou seja, para as EPs destinadas a todas as áreas em ASPS; para as da APS e para a AE.

No entanto, para cada categoria, as tendências apresentaram distintos comportamentos. Ao passo que as EPs alocadas à AE a evolução se manteve com aumento constante, de em média 36% ao ano, as EPs para ASPS e APS apresentaram dois padrões: entre os anos de 2015 e 2018 com maior expressividade de aumento, sendo em média de 145,4% e 116,2% ao ano para as EPs em ASPS e APS respectivamente. E, entre os anos 2018 e 2022, embora tenha havido aumento dos valores repassados, houve uma tendência de estabilidade (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução das transferências federais por EPs em ASPS e por área de financiamento - APS e AE, tendo como beneficiários os municípios, 2015-2022.



Fonte: SIGA Brasil.

Nota: Valores em R\$ (1 bilhão) corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). IC - Intervalo de confiança.

As análises sob a perspectiva per capita identificaram que, de acordo com a população estimada para 2015, os municípios estavam distribuídos conforme os portes: 1 (n = 1236, 22,3%), 2 (n = 1214, 21,8%), 3 (n = 1374, 24,7%), 4 (n = 1090, 19,6%), 5 (n = 351, 6,3%), 6 (n = 263, 4,7%) e 7 (n = 40, 0,7%). Do total de 5.568 municípios, 68,3% se enquadravam nos grupos de 1 a 3, com população inferior a 20 mil habitantes.

A Tabela 7 detalha os gastos com recursos próprios em ASPS e APS, além dos repasses por EPs (para APS e Incremento PAB per capita) recebidos pelos municípios brasileiros do período de 2015 a 2020, estratificados por porte populacional e ano. No período avaliado as despesas com recursos próprios em ASPS não sofreram grandes variações, independentemente do grupo avaliado, seja em percentual, seja em valores per capita, exceto o gasto em APS per capita, que apresentou tendência de queda no período (2015 a 2019), voltando a crescer em 2020. Ao analisar as despesas com saúde, com foco no porte populacional, observa-se que quanto maior o porte dos municípios, maior o percentual de recursos próprios

alocados às ASPS durante todo o período. No entanto, as despesas com recursos próprios em APS apresentaram um comportamento invertido, no qual municípios menores foram os que mais gastaram. Tiveram destaque aqueles com até 5.000 habitantes (porte 1), com gasto per capita médio em APS até 4,4 vezes superior ao dos municípios com mais de 500.000 habitantes (porte 7). Nos municípios do porte 1, o gasto per capita em APS, correspondeu a um valor bem próximo ao gasto per capita em ASPS, diferentemente do que aconteceu para o grupo dos maiores municípios, cujo gasto per capita em APS correspondeu a menos da metade dos gastos com ASPS.

Tabela 9 - Despesas com saúde por municípios brasileiros, segundo ano e porte dos municípios, 2015 – 2020 (continua).

Porte, X (DP)	Total	2015	2016	2017	2018	2019	2020	p- valor*
Despesa com recursos próprios em saúde (em %)								
Total	22,10 (4,99)	22,00 (4,84)	21,64 (5,00)	22,82 (4,99)	21,69 (4,94)	21,67 (4,78)	22,78 (5,23)	<0,001
1	20,75 (3,89)	20,52 (3,65)	20,12 (3,68)	21,48 (4,01)	20,35 (3,79)	20,45 (3,63)	21,57 (4,39)	<0,001
2	21,68 (4,63)	21,50 (4,56)	21,17 (4,54)	22,40 (4,65)	21,38 (4,58)	21,37 (4,43)	22,36 (4,90)	<0,001
3	22,45 (5,07)	22,29 (4,85)	21,92 (4,93)	23,21 (5,10)	21,98 (5,04)	22,03 (4,88)	23,27 (5,29)	<0,001
4	22,61 (5,37)	22,71 (5,18)	22,14 (5,39)	23,37 (5,38)	22,13 (5,45)	21,98 (5,24)	23,17 (5,51)	<0,001
5	23,52 (5,55)	23,61 (5,62)	23,48 (5,85)	24,19 (5,32)	23,09 (5,54)	22,94 (5,30)	23,82 (5,58)	0,028
6	24,13 (5,95)	24,18 (5,83)	24,34 (6,81)	24,62 (5,95)	23,67 (5,97)	23,62 (5,95)	24,54 (6,46)	0,221
7	25,01 (6,55)	25,05 (5,31)	25,71 (5,39)	25,39 (5,42)	24,31 (4,86)	23,90 (5,17)	25,11 (6,15)	0,568
Despesa com recursos próprios em saúde (em R\$ per capita**)								
Total	568,14 (364,15)	555,21 (355,88)	548,69 (348,61)	562,15 (352,96)	558,87 (358,38)	587,65 (379,99)	596,40 (385,26)	<0,001
1	947,86 (403,64)	912,46 (372,22)	905,72 (365,62)	935,85 (390,31)	935,76 (403,11)	991,38 (431,12)	1007,17 (444,26)	<0,001
2	542,78 (261,93)	530,62 (259,03)	529,01 (259,18)	543,08 (258,16)	539,89 (262,90)	567,65 (276,39)	576,10 (283,33)	<0,001
3	441,75 (240,17)	436,44 (267,06)	429,05 (243,58)	438,39 (225,24)	431,16 (228,38)	454,54 (236,65)	458,17 (221,91)	<0,001
4	398,94 (247,87)	396,88 (262,79)	385,52 (245,74)	393,76 (238,49)	389,42 (237,65)	403,86 (245,79)	411,85 (248,31)	0,031
5	402,50 (271,36)	404,48 (305,14)	397,31 (309,79)	401,35 (296,67)	401,55 (298,37)	413,85 (300,85)	419,47 (302,75)	0,775
6	476,79 (354,96)	473,41 (339,00)	461,79 (337,41)	460,00 (298,74)	462,89 (300,21)	482,39 (330,28)	486,16 (331,59)	0,751
7	511,92 (216,75)	516,62 (209,03)	514,91 (211,85)	515,77 (218,59)	505,23 (206,71)	517,09 (219,19)	527,91 (235,92)	1,000

Tabela 7 - Despesas com saúde por municípios brasileiros, segundo ano e porte dos municípios, 2015 – 2020 (conclusão).

Despesa com recursos próprios em APS (em R\$ per capita ^{**})								
Porte, X (DP)	Total	2015	2016	2017	2018	2019	2020	p-valor*
Total	437,84 (378,56)	450,31 (359,24)	445,18 (358,58)	429,75 (358,32)	415,64 (383,91)	413,94 (395,85)	472,62 (409,22)	<0,001
1	836,66 (469,22)	831,59 (419,81)	825,76 (422,33)	810,20 (437,90)	820,55 (485,13)	834,62 (509,67)	906,55 (521,76)	0,001
2	444,90 (279,82)	455,41 (261,95)	458,07 (270,11)	435,09 (270,39)	420,57 (292,73)	421,29 (287,93)	494,64 (300,89)	<0,001
3	320,03 (232,74)	339,71 (240,28)	331,67 (229,82)	316,62 (222,17)	296,69 (235,38)	288,91 (233,80)	346,54 (232,69)	<0,001
4	254,97 (213,29)	277,23 (227,02)	266,25 (207,33)	256,48 (204,49)	226,34 (194,98)	217,79 (204,16)	266,81 (211,35)	<0,001
5	224,58 (173,55)	246,29 (193,45)	236,66 (176,16)	231,29 (174,13)	212,14 (178,15)	198,19 (166,68)	224,91 (165,11)	<0,001
6	219,19 (189,38)	239,40 (198,46)	239,21 (233,23)	226,67 (180,48)	201,80 (161,82)	192,39 (157,91)	208,29 (171,54)	0,005
7	190,43 (132,04)	206,78 (146,72)	199,04 (144,11)	195,94 (132,29)	190,12 (131,54)	181,92 (130,62)	188,61 (125,61)	0,986

Fonte: SIGA Brasil; SIOPS; IBGE.

Nota: X: média; DP: Desvio-padrão; APS: Atenção primária em saúde.

*Teste de Kruskal-Wallis.

**Valores corrigidos para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

As emendas para APS (Tabela 8) apresentaram tendência de aumento entre 2016 e 2018, com certa estabilidade em 2019 e redução em 2020, em todos os grupos de municípios. As emendas para Incremento PAB aumentaram aproximadamente 460% ao se comparar os valores transferidos nos anos 2016 e 2018, período em que mantiveram uma expressiva tendência de alta, reduzindo abruptamente em 2019. Em 2020, os valores voltaram a aumentar, mas não atingiram o mesmo patamar de 2018.

Os valores per capita de EPs, tanto para a APS quanto para incremento PAB, aumentaram significativamente em todo período do estudo, em todos os grupos de municípios, com maiores valores entre os anos de 2017 e 2019 (Tabela 8), e mostraram grande discrepância de valores entre os municípios de diferentes portes. Nas emendas para a APS, os municípios de porte 7 receberam, em média, um valor per capita até 16 vezes menor quando comparados aos de porte 1.

Tabela 8 - Despesas do MS em emendas parlamentares, por transferências aos municípios, segundo ano e porte municipal, 2015 - 2020.

Porte	Total	2015	2016	2017	2018	2019	2020	p-valor*
Emendas para APS (em R\$ per capita)**								
X (DP)								
Total	40,04 (55,87)	0,00 (0,03)	14,88 (29,40)	34,26 (47,96)	71,26 (67,81)	70,91 (58,66)	48,88 (56,99)	<0,001
1	67,55 (77,06)	0,00 (0,00)	26,46 (45,29)	62,36 (63,31)	122,02 (84,11)	106,57 (72,01)	87,36 (78,33)	<0,001
2	47,75 (56,23)	0,00 (0,03)	17,54 (28,78)	42,16 (49,78)	85,54 (61,18)	82,02 (56,39)	59,56 (54,06)	<0,001
3	35,21 (44,58)	0,00 (0,00)	12,63 (21,45)	28,17 (37,09)	62,59 (51,79)	66,71 (49,62)	40,83 (39,33)	<0,001
4	24,08 (34,84)	0,00 (0,03)	8,25 (16,19)	17,66 (29,05)	41,76 (41,09)	50,52 (41,66)	26,22 (30,99)	<0,001
5	13,89 (23,44)	0,00 (0,02)	4,56 (8,69)	9,41 (18,43)	21,93 (26,55)	32,65 (30,75)	13,08 (19,69)	<0,001
6	7,78 (14,61)	0,00 (0,07)	3,14 (6,85)	4,54 (10,29)	10,49 (15,01)	18,82 (20,31)	8,49 (14,70)	<0,001
7	4,05 (9,14)	0,00 (0,00)	0,87 (1,34)	1,58 (3,96)	3,77 (9,26)	10,48 (13,57)	3,07 (5,12)	<0,001
Emendas para Incremento do PAB (em R\$ per capita)**								
X (DP)								
Total	28,64 (45,93)	0,00 (0,02)	10,42 (25,08)	34,26 (47,96)	58,97 (59,64)	24,97 (34,22)	43,27 (51,66)	<0,001
1	46,37 (63,48)	0,00 (0,00)	17,91 (37,69)	62,36 (63,31)	96,27 (72,94)	26,60 (40,52)	75,35 (70,64)	<0,001
2	34,89 (48,34)	0,00 (0,03)	12,81 (25,67)	42,16 (49,78)	71,98 (58,23)	27,91 (36,37)	53,56 (50,09)	<0,001
3	25,89 (37,47)	0,00 (0,00)	9,07 (19,47)	28,17 (37,09)	53,53 (47,99)	27,91 (33,38)	36,79 (36,89)	<0,001
4	17,76 (29,59)	0,00 (0,00)	5,80 (14,99)	17,66 (29,05)	36,00 (40,41)	23,56 (29,98)	23,63 (29,71)	<0,001
5	10,08 (19,57)	0,00 (0,02)	2,59 (7,71)	9,41 (18,43)	19,27 (26,27)	15,99 (22,86)	12,01 (19,21)	<0,001
6	5,41 (11,88)	0,00 (0,07)	2,08 (6,08)	4,54 (10,29)	8,85 (14,92)	8,96 (14,05)	7,43 (13,56)	<0,001
7	2,86 (7,52)	0,00 (0,00)	0,45 (1,22)	1,58 (3,96)	3,30 (9,09)	6,43 (11,18)	2,17 (3,58)	<0,001

Fonte: SIGA Brasil; SIOPS; IBGE.

Nota: X: média; DP: Desvio-padrão; APS: Atenção primária à saúde.

*Teste de Kruskal-Wallis.

**Valores corrigidos para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

As tabelas 9 e 10 demonstram os resultados das análises bivariadas que buscaram investigar a associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ASPS e APS entre os municípios brasileiros, considerando o cenário atípico diante da pandemia pela COVID-19.

O recebimento de recursos federais por EPs para a APS, que considera as emendas de investimento e custeio, associou-se à redução das despesas com

recursos próprios municipais em APS (Tabelas 9 e 10), exceto para os municípios de porte 7 na análise de sensibilidade (dados de 2015-2019) (Tabela 10). Não se observou associação entre as emendas de Incremento PAB com a despesa com recursos próprios per capita em ASPs e APS no período de 2015 a 2020.

O recebimento de emendas para APS associou-se ao aumento da despesa per capita com recursos próprios para municípios do porte 1 e 2 (Tabela 9) independente da pandemia de COVID-19 (Tabela 10). Para os demais grupos de municípios, essa associação não foi observada.

Tabela 9 - Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ASPs e APS dos municípios brasileiros, segundo porte populacional, 2015 – 2020.

Porte	Variáveis dependentes, Baj* (IC95%; p-valor)	
	Despesa com recursos próprios em ASPs (em R\$ <i>per capita</i>)	Despesa com recursos próprios com APS (em R\$ <i>per capita</i>)
Emenda para APS (a cada R\$10,00 <i>per capita</i>)		
1	6,59 (4,79–8,39; <0,001)	-5,85 (-7,39–-4,29; <0,001)
2	3,19 (1,37–5,00; < 0,001)	-10,29 (-11,66–-8,91; <0,001)
3	1,19 (-0,64–3,02; 0,201)	-7,19 (-8,34–-6,03; <0,001)
4	0,43 (-1,26–2,12; 0,617)	-11,35 (-13,12–-9,59; <0,001)
5	-0,53 (-2,27–1,25; 0,559)	-14,77 (-19,99–-9,54; <0,001)
6	4,50 (-3,07–12,08; 0,244)	-18,27 (-31,05–-5,49; 0,005)
7	-18,91 (-46,57–8,75; 0,180)	-8,74 (-15,87–-1,61; 0,016)
Emendas para Incremento do PAB (a cada R\$10,00 <i>per capita</i>)		
1	1,72 (-2,74–6,18; 0,449)	-1,04 (-3,86–1,77; 0,467)
2	-0,24 (-2,77–2,29; 0,851)	0,77 (-1,37–2,91; 0,480)
3	-0,89 (-3,69 – 1,92; 0,236)	-1,63 (-3,26–0,00; 0,050)
4	-2,72 (-5,95–0,51; 0,099)	0,50 (-2,31–3,31; 0,726)
5	2,49 (-1,28–6,27; 0,195)	-1,38 (-6,51–3,74; 0,597)
6	-2,17 (-13,02–8,69; 0,696)	-2,70 (-25,86–20,45; 0,819)
7	28,88 (-1,77–59,31; 0,138)	-9,28 (-37,84–19,28; 0,524)

*Baj: Coeficiente beta ajustado por unidade federativa por emendas para atenção básica liquidadas, emendas para incremento do PAB e interação emendas para atenção básica liquidadas*emendas para incremento do PAB (intervalo de confiança à 95%; p-valor).

Tabela 10 - Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ASPS e APS dos municípios brasileiros, segundo porte populacional, excetuando o ano de 2020 em razão da pandemia da COVID-19, 2015 – 2019.

Porte	Variáveis dependentes, Baj* (IC95%; p-valor)	
	Recursos próprios gastos em ASPS (em R\$ per capita)	Recursos próprios gastos com APS (em R\$ per capita)
	Emenda para atenção básica liquidada (a cada R\$10,00 per capita)	
1	4,14 (3,17–5,09; <0,001)	-3,40 (-4,54–-2,05; <0,001)
2	1,77 (0,87–2,66; <0,001)	-4,58 (-5,67–-3,49; <0,001)
3	1,40 (-0,52–3,32; 0,153)	-2,93 (-4, 14–-1,45; <0,001)
4	0,73 (-1,16–3,08; 0,540)	-8,34 (-11,28–-5,39; <0,001)
5	0,65 (-1,44–2,73; 0,545)	-15,33 (-22,31–-8,35; <0,001)
6	-6,51 (-17,64–4,61; 0,251)	-19,65 (-31,35–-7,94; 0,001)
7	-3,88 (-22,76–14,99; 0,687)	-10,14 (-21,31–1,03; 0,075)
Emendas para incremento do PAB (a cada R\$10,00 per capita)		
1	-1,03 (-3,36–1,29; 0,386)	-1,95 (-4,54–0,64; 0,140)
2	-4,95 (-6,86– -3,05; <0,001)	-2,57 (-4,46–-0,68; 0,008)
3	-1,35 (-4,45–1,76; 0,396)	-6,81 (-9,64–-3,98; <0,001)
4	-6,44 (-10,09–-2,78; 0,001)	-3,69 (-7,25–-0,15; 0,041)
5	1,82 (-1,54–5,18; 0,289)	-1,41 (-7,92–5,11; 0,672)
6	10,60 (-10,07–31,27; 0,315)	-2,11 (-26,48–22,26; 0,865)
7	21,36 (-18,03–60,75; 0,288)	-3,81 (-25,35–17,73; 0,729)

*Baj: Coeficiente beta ajustado por unidade federativa por emendas para atenção básica liquidadas, emendas para incremento do PAB e interação emendas para atenção básica liquidadas*emendas para incremento do PAB (intervalo de confiança à 95%; p-valor).

5.2 O CASO DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ

5.2.1 Captação de Emendas Parlamentares - Relações, Fluxos e Estratégias

Com base nos relatos obtidos, o processo de captação de recursos por EPs mostrou-se, não diferente do esperado, como uma ação fortemente marcada pela articulação política e dependente de afinidades: “*A parte política. Não vem o recurso de mão beijada*” (M7 E13). Em relação às afinidades referidas não se tratou necessariamente das partidárias, mas de vínculos estabelecidos para o atendimento às diferentes expectativas e interesses dos atores envolvidos, sejam eles prefeitos, vereadores ou os próprios parlamentares:

Os pais deles moram aqui, então ele sempre manda [recursos de EP] (M2 E3). [...] vem emenda aqui para nós independentemente de partido, eu sei que a gente recebe emenda mesmo que seja de deputado, vereador que a oposição apoia [...] (M5 E8).

Diante da necessidade por ampliar as receitas municipais, alguns dos relatos demonstram que os gestores superaram o idealismo partidário, e buscaram diferentes frentes no intuito de angariar recursos:

[...] quando existem outros atores [...] ainda que não sejam do mesmo campo, do espectro ideológico, mas que tem relação com outros deputados [...] aí nós vamos atrás [...] todo dinheiro é bem-vindo" (M1 E2).

[...] ele [o prefeito] pegou a relação de todos os deputados que tiveram voto no município, fez um ofício e entregou para todos [...] você teve tantos votos aqui, então, quais são os recursos que você vai destinar ao município?" (M3 E5).

Ao analisar as transferências totais das EPs em ASPS referentes ao mandato iniciado em 2021 (Tabela 11), observa-se que mesmo entre os MPP, ao menos duas frentes partidárias participaram das indicações no período avaliado. Somam-se a essas, os parlamentares não identificados na destinação das emendas de bancada ou de relatoria, classificadas como "sem partido" no banco do FNS. A esse grupo, inclusive, corresponde a maior proporção de repasses, ultrapassando 50% do montante recebido em seis dos municípios avaliados.

Tabela 11 - Emendas parlamentares alocadas ao SUS, entre os municípios estudados, por legenda partidária, 2021-2022.

Partido	Municípios									Total por Partido	
	Apucarana	Arapuã	Candido De Abreu	Conselheiro Mairinck	Cruzmaltina	Londrina	Pinhalão	Porecatu	Santo Antônio do Paraíso		
Valores em R\$* (%)											
CIDADANIA	111.481,50 (2)					210.539,60 (1)					322.021,10 (1)
MDB		105.269,80 (20)	186.443,89 (7)		315.809,40 (26)		315.809,40 (19)				923.332,49 (2)
PL	650.253,90 (13)					6.895.090,26 (22)		105.269,80 (3)			7.650.613,96 (16)
PODEMOS	1.117.651,81 (21)	157.904,70 (29)	157.904,70 (6)			2.094.555,56 (7)					3.528.016,77 (7)
PP				322.021,10 (33)		601.120,54 (2)		647.148,05 (18)			1.570.289,69 (3)
PROS	1.102.391,60 (21)		167.222,25 (7)			1.114.815,00 (4)		1.430.624,40 (39)	111.481,50 (16)		3.926.534,75 (8)
PSD	222.963,00 (4)		167.222,25 (7)	79.940,83 (8)	521.736,59 (43)	1.361.250,82 (4)	157.904,70 (10)	235.234,71 (6)	178.958,66 (27)		2.925.211,56 (6)
PT	210.539,60 (4)						105.269,80 (6)				315.809,40 (1)
PV			242.446,68 (10)			184.222,15 (1)					426.668,83 (1)
REPUBLICANOS	290.561,49 (6)					1.411.084,07 (4)					1.701.645,56 (4)
UNIÃO BRASIL								315.809,40 (9)			315.809,40 (1)
Sem Partido**	1.497.964,82 (29)	273.701,48 (51)	1.546.118,85 (63)	583.616,67 (59)	377.979,14 (31)	17.337.011,30 (55)	1.083.756,50 (65)	913.897,09 (25)	380.867,70 (57)		23.994.913,55 (50)
Total Geral	5.203.807,72	536.875,98	2.467.358,62	985.578,60	1.215.525,13	31.209.689,30	1.662.740,40	3.647.983,45	671.307,86		47.600.867,06

Fonte: FNS. Elaborado pela autora.

Nota: * Valores corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

**Emendas de relatoria e da bancada do Estado do Paraná.

Na atuação da captação de recursos, a figura do prefeito foi a que se destacou como a grande protagonista, participando como responsável por realizar o contato e solicitações diretamente aos parlamentares e seus assessores: “[...] *prefeito busca através dos deputados [...] essas emendas*” (M2 E4); “*O prefeito consegue muito mais*” (M3 E6); “[...] *Aí o prefeito pede e eles mandam*” (M7 E12).

Os vereadores também foram identificados como agentes importantes na obtenção de recursos. No entanto, sua participação, para além de ampliar as possibilidades de investimento, também foi reconhecida por gerar conflitos no âmbito municipal, relato obtido principalmente entre os municípios de pequeno porte (MPP). Tais tensões estiveram principalmente relacionadas à disputa em busca de visibilidade decorrentes do sucesso na obtenção das EPs, que seriam entendidas como ganho político, tanto para o parlamentar que indicou o recurso, quanto para o intermediário que atuou no âmbito local:

Eles [vereadores] dizem que manda, mas faz ofício, depois que o prefeito foi lá e conseguiu, aí eles postam na rede social falando que foram eles que conseguiram (M3 E6).

[...] tem emenda de vereador, que dava umas conversas [...] não sabe se é de fulano ou de cicrano [...] ou é do prefeito ou é de algum vereador” (M9 E17).

Outro fluxo comum citado, foi o que resultou de indicações provenientes de forma espontânea pelos parlamentares, que mantiveram destinação de EPs junto ao município, estabelecendo este, como parte de seu reduto eleitoral, existindo ou não vinculação política junto ao prefeito: “*eles são pessoas que ajudam o município independente [da relação com prefeito]*” (M4 E7); “[...] *hoje como eles sabem que a gente tem o candidato aqui da cidade: “Vou mandar emenda para vocês aí”*” (M1 E1); “[...] *um deputado vai mandar uma impositiva porque com isso ele ganha maior expressividade*” (M8 E15).

Entre alguns casos, buscaram, além do crédito pela EP indicada, condicionar o encaminhamento de recursos ao apoio político, no intuito de conquistar votos:

Vão fazendo marketing com essa emenda [...] o parlamentar entra em contato com algum vereador, [que] tem a sua base de mil, mil e quinhentos votos, aqui no município [...]: “Olha, eu mando uma emenda [...] mas você tem que me arrumar 500, 600 votos, trabalhe para mim na eleição” (M1 E1).

Este fluxo também se mostrou um tanto conflitante, na medida em que, na maioria dos casos a EP indicada já estava predefinida ao chegar à equipe gestora do

município, demonstrando certa fragilidade quanto a autonomia da gestão municipal na definição do objeto da emenda. Com isso, houve divergências frente às indicações, que nem sempre convergiram com a necessidade ou interesses priorizados pelo município: “[...] tem esse problema, eles [os parlamentares] não perguntam o que a gente quer, o que a gente precisa, as coisas chegam [...] o que não seria prioridade [...]” (M6 E9).

Ainda neste aspecto, houve inclusive o julgamento de valor por alguns dos entrevistados, entre as EPs obtidas pelos prefeitos e pelos vereadores, sendo, a primeira opção, elencada como a melhor, por atender com maior resolutividade as demandas locais:

[...] essa outra emenda que [...] veio de um outro deputado e de uma vereadora que não tem esse contato direto e não sabe que o município precisa [...] mandou uma coisa que nós não precisamos, mas as emendas que o prefeito busca são muito boas” (M9 E18).

Dentre os pontos investigados, abordou-se a possível opção pela contratação de consultorias especializadas ou similares como estratégias para a captação de EPs, mas isso não foi identificado entre os municípios estudados. O que se verificou foi um padrão de maior estruturação e organização entre os municípios de maior porte, em comparação aos menores. Nessa perspectiva de análise, percebeu-se, entre os entrevistados, uma maior ênfase sobre a competência técnica das equipes de gestão, que buscaram instrumentalizar os agentes políticos na captação dos recursos, angariando fundos que fossem ao encontro das demandas definidas como prioritárias considerando seus instrumentos de gestão.

[...] tem uma secretaria de planejamento, orçamento e gestão do município que faz o caderno de projetos todo ano, de todas as secretarias [...] eles pegam 5 projetos que vocês querem captar recurso, aí faz esse caderno de projetos, daí o prefeito leva também (M6 E9).

Destaca-se também neste plano, dos municípios de grande porte, diferente do que ocorre na maior parte dos pequenos, uma maior atuação dos secretários municipais de saúde participando ativamente da captação de recursos *“Tem a parte do secretário que vai nos locais [...] e pede com ou sem o prefeito [...]”* (M6 E9). *“Eu [secretário] tenho contato com assessores de deputados [...] ou com os próprios deputados diretamente”* (M1 E1).

Por parte dos MPP, os entrevistados disseram, na sua grande maioria,

participar de forma indireta, levantando as demandas de momento e repassando-as aos respectivos prefeitos: “...mando para o prefeito [a demanda], o prefeito vai para o deputado” (M2 E3); [Secretário]: “Olha, prefeito, estou precisando de ambulância, vê o que você consegue” (M8 E16); “[...] ele pergunta para mim o que nós estamos precisando, o que nós precisamos para melhorar. Eu passo para ele e ele busca” (M9 E18).

Indiferente dos cenários apresentados, de maior ou menor capacidade estrutural, houve momentos em que o resultado da busca pelos itens almejados pelos gestores retornou frustrada, com indicação de objeto adverso ao solicitado, prevalecendo a disponibilidade e/ou interesse do parlamentar: “a gente não tem muita opção para escolher, é o que eles destinam, a gente pede, “preciso disso”, e nem sempre vem” (M3 E5).

“[...] o assessor do deputado chegou ali e falou assim: “Vou deixar 400 mil para custeio”. Para nós teria sido bem melhor se fosse para investimento” (M5 E8).

A estrutura organizacional também não se apresentou como desvantagem, ou mesmo como dificuldades para a captação de EPs entre os municípios de pequeno porte (MPP). A análise dos recursos de manutenção da APS, possibilita observar que mesmo diante de menor estrutura, os MPP atingiram volumes per capita superiores aos municípios de grande porte (MGP). O município de Londrina, ainda que atingisse o teto possível de indicação, receberia valores inferiores aos demais avaliados (Tabela 12).

Tabela 12 - Incremento ao teto do piso da atenção primária à saúde por emendas parlamentares entre os municípios participantes do estudo, 2022.

Município (População)	Teto para indicação	Teto per capita possível*	Total recebido	Per capita recebido	Incremento ao Teto PAP obtido**
					%
Em R\$					
Apucarana (130.134)	17.129.320,85	131,63	684.253,70	5,26	4,0
Arapuã (2.631)	872.537,69	331,64	536.875,98	204,06	61,5
Cândido Abreu (15.244)	2.515.887,43	165,04	1.369.560,10	89,84	54,4
Conselheiro Mairinck (3.461)	593.823,28	171,58	492.711,09	142,36	83,0
Cruzmaltina (2.882)	633.171,10	219,70	315.809,40	109,58	49,9
Londrina (555.965)	32.704.990,16	58,83	2.840.679,20	5,11	8,7
Porecatu (11.624)	1.605.351,33	138,11	1.528.991,21	131,54	95,2
Pinhalão (6.566)	1.325.206,86	201,83	1.105.332,90	168,34	83,4
Santo Antônio Do Paraíso (1.323)	446.685,33	337,63	336.863,36	254,62	75,4

Fonte: FNS. Nota: Valores em R\$, corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

* Corresponde ao resultado da divisão do item “Teto para indicação” pela população do município.

Assim como observado nos relatos dos participantes, foi possível identificar a predominância dos recursos referentes ao grupo de natureza da despesa (GND) corrente sobre os de capital (Tabela 13). Enquanto os primeiros referem-se ao incremento dos tetos PAP e manutenção dos serviços, como aquisição de insumos e reformas; os segundos relacionam-se às ações de estruturação, como aquisição de equipamentos, obras de ampliação e construção: “*Emendas parlamentares para esse fim [estruturação] não houve*” (M1 E2); [...] os próprios assessores dos deputados, eles que nos dizem: “Só tem para custeio” [...]” (M2 E4); “[o que vem] é para custeio” (M1 E2).

Tabela 13 - Alocação das emendas parlamentares por subfunção e natureza da despesa, 2021-2022.

Área Subfunção	Atenção Primária 301		Atenção Especializada 302		Total
	Capital	Corrente	Capital	Corrente	
Município					
Apucarana		2.324.697,20		2.879.110,51	5.203.807,72
Arapuã		536.875,98			536.875,98
Candido De Abreu	428.890,57	2.038.468,05			2.467.358,62
Conselheiro Mairinck		985.578,60			985.578,60
Cruzmaltina		916.751,54	298.773,58		1.215.525,12
Londrina		4.623.883,20	246.904,56	26.338.901,53	31.209.689,3
Pinhalão		1.662.740,4			1.662.740,4
Porecatu	677.863,08	2.970.120,36			3.647.983,45
Santo Antônio do Paraíso		671.307,86			671.307,86
Total Geral	1.106.753,66	16.730.423,2	545.678,15	29.218.012,05	47.600.867,06

Fonte: FNS

Nota: Valores em R\$, corrigidos para preços de 2022 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Por meio das entrevistas, observa-se ainda, que a estruturação dos serviços ou mesmo a reforma de unidades, quando financiados com recursos federais, foram, na sua totalidade, custeadas por meio de EPs. Não houve relatos de quaisquer obras realizadas por meio de programas do MS: “*Faz muito tempo que a gente não recebe recurso da União, mas acho que o último que nós recebemos foi em 2011 ou 2012*” (M6 E10).

Os dados presentes na tabela 13, também permitiram identificar que entre os Municípios de maior porte, os recursos destinados à MAC superaram os valores alocados na APS. E Mesmo não tendo sido objetivo direto desta pesquisa, a alocação de recursos por EPs indicadas para a MAC aos MGP se mostrou um achado relevante ao contexto do estudo. Esse item trouxe elementos que demonstraram a competição

entre as instituições filantrópicas e os municípios de maior porte na busca por recursos, e a predileção dos parlamentares pela área em questão quando da possibilidade de indicação, seja preterindo a APS na alocação de recursos ou mesmo os serviços próprios das secretarias municipais de saúde: “[...] *ultimamente as emendas que nós temos recebido não são para nós, (...) vem muitas emendas para os hospitais*” (M6 E10).

O achado foi corroborado por meio de análise documental do RAG de um dos MGP no ano de 2022. O detalhamento de execução das EPs no documento possibilitou identificar que apenas 6% do valor indicado para o incremento ao teto MAC daquele ano foram diretamente ao FMS. Quase a totalidade dos recursos foi repassado entre instituições filantrópicas, em sua maior parte, hospitais.

No que se refere às instâncias colegiadas, CIR ou CIB, e o seu envolvimento na captação de recursos, identificou-se que, embora alguns participantes tenham relatado a tramitação de certas EPs para ciência, troca de objeto ou aprovação, na maioria dos casos, os encaminhamentos realizados foram meramente formais. Não houve relatos ou respostas afirmativas aos questionamentos quanto a existência de discussões aprofundadas ou mesmo propostas enviadas que tenham sido motivo de reprovação para a indicação ou recebimento de recursos. Nem tampouco tenha havido pautas sugestionando a captação de recursos para benefícios de impacto regional: *É restrita ao município, só passa o pedido da aprovação da emenda pela CIR, mas não há uma discussão [...]* (M1 E1); *É mais uma apresentação do que uma interferência*” (M4 E7).

Frente aos questionamentos se os consórcios públicos participavam de alguma forma da captação de recursos, um único município de grande porte relatou ter havido um episódio em que a indicação ocorreu. Todavia, devido à falta de previsibilidade legal para tal recebimento, a EP entrou no FMS do município em questão, pois este detinha a gestão do Teto MAC. E, conforme ocorreu no caso citado das entidades filantrópicas, novamente o município atuou como “repassador” de recursos, mas agora, ao consórcio. Tal situação foi motivo de embates e constrangimentos entre os entes (município receptor, municípios consorciados e a gestão do consórcio) por haver distintos entendimentos e interesses envolvidos, considerando que o recurso alocado no consórcio repercutiria entre os demais municípios.

O consórcio até teve uma emenda, então tem emendas que criam problemas para nós [...] veio uma emenda que o parlamentar quis dar para o consórcio, mas o consórcio não pode receber a emenda [...] aí a emenda veio, nós utilizamos o recurso. Aí o consórcio queria que a gente repassasse o valor para eles, mas, por lei, nós somos proibidos de repassar recurso para o consórcio [...] sem contraprestação de serviço. Só no contrato de rateio. De outra forma você é proibido. Tem que ter um contrato, ele tem que prestar um serviço e você paga o serviço. Agora simplesmente dar o dinheiro, toma o dinheiro para você usar como você quer, isso não pode. A lei de consórcio proíbe. Aí cria um conflito (M6 E10).

Por fim, a situação teve como desfecho a contratualização entre o município receptor e o consórcio, prevendo a contraprestação de serviços de forma per capita entre todos os municípios consorciados:

5.2.2 Planejamento, Gestão Financeira e as EPS

Os principais aspectos que envolveram as EPs, o planejamento e a gestão financeira entre os municípios, disseram respeito ao *caráter imprevisível* dessas transferências financeiras e ao *montante de recursos envolvidos*. Os achados tratados neste capítulo demonstraram que os recursos financeiros provenientes das EPs não integraram diretamente seus instrumentos de planejamento, como a Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS) ou Programação Anual de Saúde (PAS), considerando a imprevisibilidade relacionada à essa modalidade de transferência financeira.

Na maior parte dos municípios estudados, o processo descrito apontou que, na medida em que os recursos são recebidos, as alterações ao orçamento são realizadas, tratadas contabilmente, como *excesso de arrecadação*. Os participantes esclareceram que, do contrário, se prevista a receita, e o respectivo valor não entrasse em conta no ano corrente, além da necessidade de justificativa do ato, tal estimativa não cumprida poderia ocasionar um desequilíbrio nas contas públicas municipais:

“No orçamento, eu não coloco, eu deixo para colocar como crédito especial, porque não tem muita certeza se vai vir ou não [...] o que vai vir, quando vai vir [...] fica por excesso [de arrecadação] porque senão o pessoal vê uma dotação com saldo lá e quer gastar, mas não tem esse dinheiro” (M7 E13).

Dessa forma, o fluxo estabelecido geralmente aguardou a entrada do montante em conta, para após ser realizada a alteração na LOA, conforme a legislação vigente:

“[...] eles reprogramam, [...] eu faço o projeto de lei, mando para a câmara e a câmara aprovando, entra no orçamento [...] está incluído” (M9 E17).

Apenas em um dos municípios houve a afirmação de que as EPs constam na LOA, sob a justificativa de que nos últimos anos esses recursos têm se mostrado constantes e atingindo o teto possível de recebimento: *Eu faço uma previsão, [...] se a gente recebe mais, eu faço através de uma suplementação por excesso de arrecadação [...] geralmente tem entrado mais do que a gente tem programado*” (M2 S4).

Por meio da avaliação dos PMS dos municípios estudados, referentes aos períodos de 2018-2021 e 2022-2025, foi possível verificar que as EPs foram abordadas de forma direta entre três dos nove municípios participantes, sob enfoques distintos. No caso de Apucarana, existia uma meta pactuada no primeiro período, direcionado sobre a execução dos recursos, que não se repetiu no PMS de 2022-2025. Nas demais situações, a menção se deu de forma genérica como descrita no Quadro 9.

Quadro 9 - Abordagem das Emendas Parlamentares nos Planos Municipais de Saúde entre os municípios participantes do estudo (2018-2021 e 2022-2025) (continua).

Município	Plano (2018-2021)	Plano (2022-2025)
Apucarana	Consta como meta pactuada: “Executar 100% dos recursos financeiros provenientes de incentivos e emendas parlamentares pela autarquia municipal de saúde.	Sem menção
Arapuã	Sem menção	Sem menção
Candido de Abreu	Sem menção	Sem menção
Conselheiro Mairinck	Sem menção	Sem menção
Cruzmaltina	Sem menção	Sem menção
Londrina	Sem menção	Consta como parte do texto, tratando as EPs como fonte adicional de recursos: “Além dos recursos oriundos dos programas disponibilizados pelos governos estaduais e federais, os gestores municipais também realizam a gestão política junto aos Deputados Federais e Senadores para buscar recursos federais através de emendas parlamentares ao orçamento da união federal.

Quadro 9 - Abordagem das Emendas Parlamentares nos Planos Municipais de Saúde entre os municípios participantes do estudo (2018-2021 e 2022-2025) (conclusão).

Município	Plano (2018-2021)	Plano (2022-2025)
Londrina	Sem menção	É por meio da indicação de emendas, que os parlamentares do Congresso Nacional têm a oportunidade de destinar recursos para atender as demandas das regiões que representam. Assim como na esfera federal, os gestores também buscam recursos do governo do Estado através gestão política junto aos Deputados Estaduais o que viabiliza o aporte de recursos ao município para investimento ou custeio de ações de saúde. Anualmente o Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibiliza orientações aos parlamentares (deputados federais e senadores) e aos gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde para que possam realizar a captação de recursos federais. As orientações contêm informações sobre os programas e ações disponíveis, quais as modalidades de repasse de recursos e os critérios que devem ser seguidos para elaboração de propostas de captação de recursos alinhadas e coordenadas entre as três esferas do governo (municipal, estadual e federal)".
Pinhalão	Sem menção	Sem menção
Porecatu	Sem menção	Sem menção
Santo Antônio do Paraíso	Consta como informação sobre a aquisição de medicamentos: "Os medicamentos são fornecidos gratuitamente através de convênio com o Consórcio Paraná de Medicamentos, aquisição com recurso próprio através de processo licitatório e emenda parlamentar".	Consta como informação sobre a aquisição de medicamentos: "Os medicamentos são fornecidos gratuitamente através de convênio com o Consórcio Paraná de Medicamentos, aquisição com recurso próprio através de processo licitatório e emenda parlamentar".

Fonte: Digisus. Elaborado pela autora.

Ampliando-se a lente sobre o planejamento municipal, identificou-se algumas distinções entre os MPP e MGP que poderiam vir a repercutir sobre a eficiência do gasto público, com efeitos negativos potencializados quando os recursos alocados se referem às EPs.

Os MGP aqui avaliados, além de já possuírem rotinas de planejamento mais bem instituídas, e uma maior disponibilidade de pessoal para funções específicas, como contadores, economistas e outros técnicos lotados nas próprias SMS tiveram

seus tomadores de decisão, sejam eles os próprios gestores ou pessoas por eles delegadas, munidos de maior autonomia decisória, que demonstraram priorizar a alocação dos recursos provenientes das EPs para a execução de propostas já predefinidas:

[...] o planejamento financeiro mesmo, orçamentário. Eu procuro ficar bem próximo deles para a gente poder [...] discutir o orçamento, discutir as emendas, a forma que a gente vai cadastrar as emendas. Então, tem que ter essa proximidade, o recurso que chega também a gente discute” (M1 E1).

[...] tem uma diretoria de planejamento dentro da secretaria de saúde, que é aqui ao lado. E temos a secretaria de planejamento e orçamento e gestão do município [...]” a [diretora financeira da SMS] tem autonomia para ela fazer o rearranjo lá que estiver precisando, mas tudo que chega, que a gente sabe que está captado, a gente vem aqui e pergunta [ao secretário] se tem alguma ação específica” (M6 E9).

Entre os MPP, o processo de planejamento mostrou-se menos estruturado, marcado por ações reativas frente às demandas apresentadas, sendo estas fragilidades, potencializadas diante do caráter pontual e imprevisível das EPs. Como estratégia de atendimento às demandas intempestivas, identificou-se um comportamento estabelecido entre os MPP, de alteração do objeto proposto na EP, organizando-se uma rotina de legitimação do ato por meio da deliberação junto ao CMS:

A gente coloca lá [no Plano], mas muito sucinto, porque [...] é uma caixa de surpresa, porque pode ser que hoje eu precise de uma autoclave, mas amanhã eu posso precisar de um monitor [...] agora está fazendo também a reforma do hospital, então a nossa necessidade já vai ser outra, não vai ser igual ao que é hoje, hoje nossa necessidade é uma, amanhã já é outra” (M3 E6).

[...] já aconteceu, você cadastrou uma emenda naquele momento e como demora muito para vir, de repente, você já executou aquele serviço como recurso próprio, aí a gente faz a alteração. Então, a gente passa por conselho e justifica” (M3 E5).

Ainda sobre uma maior fragilidade nos processos de planejamento entre os MPP, observou-se que um destes municípios não havia finalizado seu Plano Municipal de Saúde (PMS), e por consequência a PAS, bem como os instrumentos de monitoramento RDQA e RAG, embora já findados os devidos prazos legais na data da entrevista. O relato do gestor do município em questão demonstrou, que embora um PMS anterior, este seria apenas para o cumprimento de um rito burocrático, sem

que tais instrumentos cumprissem efetivamente com sua função:

É porque o Plano Municipal de Saúde, dos outros anos, ele vem sempre aquele “copia e cola”, sempre ele se repetia, e a gente está atualizando [...] para a nossa realidade [...] a gente está diminuindo, deixando mais acessível para as pessoas lerem, porque aqui o funcionário acaba nem lendo, é muita página [...]; A gente teve um probleminha com o DigiSUS [...] teve um outro secretário e ele não colocou ninguém para mexer [...] estava tudo atrasado (M4 E7).

Assim como a maior parte dos municípios avaliados, a análise ilustrada na Tabela 14 sobre os instrumentos de planejamento no estado do Paraná e na macrorregião norte mostra um cenário com predomínio de PMS finalizados, atendendo a legislação vigente.

Tabela 14 - Situação dos Planos Municipais de Saúde entre os municípios do Estado do Paraná e na Macrorregião Norte de saúde, 2018-2021; 2022-2025.

Instrumento		Plano 2018-2021		Plano 2022-2025	
Situação	Referência	PR	Macrorregião Norte	Pr	Macrorregião Norte
Aprovado		398	97	391	95
Aprovado com ressalvas					
Em análise pelo CMS				4	2
Em elaboração		1		4	
Não iniciado					
Não aprovado					
Total		399	97	399	97

Fonte: DigiSus. Elaborado pela autora.

Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>

Acesso em: 20/12/2024.

Somam-se aos apontamentos, as colocações de alguns gestores, que demonstraram certas limitações sobre o contexto e aspectos que envolviam a gestão do SUS, em especial, a sua baixa autonomia frente às decisões financeiras da pasta: *“Eu tenho [dificuldades], mas se eu tivesse na minha mão [o orçamento] as vezes podia fazer um postinho de saúde melhor, podia fazer uma reforma aqui dentro”* (M2 E3).

Para mim, é uma vantagem [o recurso para equipamentos]. Se ele viesse de uma outra maneira, eu não teria acesso a ele. Porque daí ele já vai para o contador [...] o recurso fundo a fundo... (M8 E16).

No que se refere às repercussões sobre a gestão orçamentária dos municípios, embora os representantes dos MGP tenham apontado como relevantes as transferências por EPs, reconhecendo sua importância para a aquisição de equipamentos e custeio dos serviços, os relatos obtidos refletiram a análise quantitativa, de que as EPs para a APS repercutem com menor intensidade sobre o seu orçamento, sendo tratadas como receitas extras, complementares. E, ao serem questionados se as EPs interferiram ao ponto de possibilitar a redução sobre o investimento de recursos próprios em ASPs, foram convictos em negar tal possibilidade: “*Na verdade, isso [a EP] é um tapa-buraco*” (M1 E2); “[...] *de jeito nenhum. Não impacta nada [sobre os 15%]*” (M6 E10).

A tabela 15 mostra a média das despesas informadas pelos municípios nos anos 2021 e 2022, estratificada por porte, e detalhada por código da despesa, para as despesas gerais e, na coluna “EP”, as despesas informadas que tiveram a fonte de recursos provenientes de emendas. Dessa forma, é possível identificar a participação e das EPs sobre as despesas municipais, considerando os padrões de gasto estabelecidos por elemento da despesa entre os MGP e os MPP.

Considerando as informações obtidas, verificou-se uma menor repercussão desses recursos sobre as despesas totais dos grandes municípios, mas ao detalhamento dos gastos, a participação destes recursos aumenta, representando um quarto das despesas com material de consumo realizado por esses entes.

Entre os MPP, observou-se uma participação maior das EPs – 12% -, tendo maiores reflexos sobre as despesas correntes desses entes, principalmente sobre os gastos com material e consumo e serviços de terceiros. Neste último caso, é perceptível a maior repercussão das EPs nessa área de gasto entre os menores municípios.

Também é possível identificar, que as despesas com pessoal correspondem a aproximadamente metade do montante informado entre as despesas totais em ASPs, área em que praticamente não há participação das EPs. No detalhamento dos gastos nas análises individuais, pôde ser verificado que o valor correspondente na tabela a essas despesas foi proveniente de um único município.

Tabela 15 - Participação das emendas parlamentares nas despesas municipais, por elemento de despesa e porte dos municípios, 2021-2022.

Tipo do ente municipal Detalhamento das despesas	Grande porte		Pequeno porte	
	Total* (em R\$)	EP** (%)	Total*	EP** (%)
3.0.00.00.00.00 - DESPESAS CORRENTES	914.084.684,67		55.359.879,37	
3.1.00.00.00.00 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	426.245.751,56		25.613.575,80	
3.1.90.11.00.00 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	299.819.662,93		20.102.167,63	175.373,32 (1)
3.2.00.00.00.00 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	266.357,77			
3.3.00.00.00.00 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	487.572.575,34		29.746.303,57	
3.3.50.41.00.00 - Contribuições	50.000,00		422.428,50	
3.3.71.00.00.00 - Transferências a Consórcios Públicos - Contrato de Rateio	1.740.601,34		1.501.501,54	
3.3.72.00.00.00 - Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos	27.781.557,39		489.600,48	
3.3.90.14.00.00 - Diárias - Civil	257.108,71		462.624,97	
3.3.90.30.00.00 - Material de Consumo	18.898.589,01	4.756.574,18 (25)	7.926.878,50	2.775.138,60 (35)
3.3.90.30.36.00 - Material Médico Hospitalar	4.339.718,29		648.049,43	
3.3.90.32.00.00 - Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita	15.612.285,66	1.073.347,71 (7)	551.187,88	
3.3.90.34.00.00 - Outras Despesas de Pessoal-Contratos de Terceirização	9.191.889,40	1.452.504,42 (16)	72.111,81	
3.3.90.34.03.00 - Outras Despesas de Pessoal Contratos Terceirização - PACS	9.083.637,74			
3.3.90.36.00.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	464.678,54		660.958,97	
3.3.90.39.00.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	385.468.202,11	6.529.120,91 (2)	16.758.780,60	4.024.236,62 (24)
3.3.90.39.17.00 - Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos	324.126,18		85.813,75	
3.3.90.39.43.00 - Serviços de Energia Elétrica	2.622.113,26		385.579,01	
3.3.90.39.44.00 - Serviços de Água e Esgoto	585.195,13		174.359,59	
3.3.90.39.47.00 - Serviços de Comunicação em Geral	142.079,77		97.991,28	
3.3.90.39.50.00 - Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratoriais (SIA/SIH)	368.015.972,95		11.858.195,20	
3.3.90.39.50.99 - Outros Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial	367.833.020,58		9.158.924,60	
3.3.90.39.99.00 - Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	13.778.714,84		4.156.841,79	

Tabela 15 - Participação das emendas parlamentares nas despesas municipais, por elemento de despesa e porte dos municípios, 2021-2022 - (conclusão).

Detalhamento	Total* (em R\$)	EP** (%)	Total*	EP** (%)
4.0.00.00.00.00 - DESPESAS DE CAPITAL	3.828.940,40		2.165.838,07	
4.4.90.52.00.00 - Equipamentos e Material Permanente	2.188.328,44	534.054,63 (24)	2.006.899,79	
Total das Despesas com Saúde	917.913.625,06		57.525.717,44	
Total das Despesas com Saúde (Exceto Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio)	913.713.017,11		55.718.445,91	
(-) DESPESAS NÃO CONSIDERADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	52.956.885,37		4.071.607,09	
Despesas correntes com outras ações e serviços não computados	52.482.203,26		3.754.141,92	
Despesas de capital com outras ações e serviços não computados	474.682,11		317.465,17	
Total das Despesas com Saúde Consideradas em ASPS	860.756.131,74		51.646.838,82	
Total das Despesas com Saúde Consideradas em ASPS - Total de Despesas empenhadas por EPs	860.756.131,74	14.345.601,85 (2)	51.646.838,82	7.224.438,82 (12)

Fonte: *SIOPS; **TCE-PR. Elaborado pela autora.

*Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_ges_asps_municipal.php

**Disponível em: <https://pit.tce.pr.gov.br/EmendasParlamentares/EmendasParlamentaresConsulta/EmendasParlamentaresBI>

Nota: Valores correspondem a some dos gastos médios - totais e por EPs - informados pelos municípios nos anos de 2021 e 2022.

O cenário relatado, de reprogramações orçamentárias constantes, favoreceu uma dinâmica de planejamento fragmentado, que além de requerer esforços constantes por parte das equipes gestoras, também tenderam a priorizar a utilização dos recursos recebidos para despesas imediatas, em detrimento de projetos estruturantes, que tenderiam a requerer planejamento de longo prazo. Neste caso, as repercussões são para além do escopo estrutural de obras e equipamentos, e incidem sobre a organização e oferta de serviços que necessitariam de continuidade: “[...] *A desvantagem é que se você não recebe você acaba parando programas que você tinha pensando no ano anterior*” (M2 E4);

[...] não sabe quanto vai receber, então não dá para planejar [...] eu sabendo que vou receber um milhão, consigo colocar isso no orçamento e planejar onde eu vou gastar esse dinheiro com antecedência, não planejar na chegada do recurso [...] a gente fala um trocadilho na área da saúde: uma emenda parlamentar acaba não sendo um tratamento preventivo para a saúde financeira do município, e sim um tratamento curativo. E que pode causar deficiência. A prevenção, você pode evitar um problema, o tratamento curativo você vai resolver uma deficiência financeira [...] se você tem noção de quanto você recebe, você consegue planejar, você consegue fazer um tratamento preventivo da sua finança no final do ano e planejando para o outro ano [...] então você não consegue se planejar muito, mas ajuda..., mas poderia ajudar mais (M1 E1).

Encaixa-se, neste sentido, o favorecimento da alocação de recursos de EPs para despesas com serviços de terceiros em substituição aos vínculos protegidos, principalmente no que se refere aos serviços médicos. Diante de um contexto de déficit da força de trabalho e limite de gasto com pessoal, as características das EPs individuais, de pontualidade e a sua vedação de utilização para pagamento das despesas com pessoal, acabam por tornar essa fonte de recursos uma recorrente estratégia orçamentária e financeira utilizada nas despesas contratuais de pessoas jurídicas: *"Eu tenho serviço de terceiros, que são as empresas prestadoras de serviço, inclusive médicos"* (M7 E14).

Essa prática foi recorrente entre os municípios pesquisados, embora reconhecida por alguns dos entrevistados como não sendo a melhor opção para o serviço público, que, segundo relatos, idealmente deveria se constituir por um quadro de servidores públicos municipais:

[A União] nos jogou para uma situação de irregularidade, que é a

contratação de PJ, você sabe que é irregular, uma hora ou outra o tribunal de contas vai nos pegar no contrapé, e jogou você para contratar PJ, que é um desvio da finalidade do serviço público” (M4 E7).

Por outro lado, conforme visto no capítulo sobre a captação, os MPP apresentam realidades distintas as dos MGP, pois além de uma grande dependência frente às transferências intergovernamentais e baixo poder arrecadatório, apresentaram seu orçamento bastante inflado considerando os valores recebidos por EPs. Esses recursos foram citados como impactantes ao orçamento da saúde: “[...] é essencial [a EP], da prefeitura na verdade, não sobra muito dinheiro [...]” (M2 E3);

[...] acaba ajudando muito o município, porque o recurso próprio é pouco [...] o ICMS é muito baixo. A gente depende muito de emenda para poder manter a saúde com um serviço bom, de qualidade (M7 E13).

[...] então a gente está investindo muito mais em questão de saúde com esse recurso [...] o recurso livre hoje, está sobrando muito mais, [...] nos facilitou muito, e a gente está conseguindo trabalhar e investir (M3 E6).

À exceção de um município, as receitas provenientes de EPs não podem ser relacionadas diretamente com a redução das despesas com recursos próprios. No caso apontado, verificou-se que o município apresenta média de gastos próxima ao mínimo constitucional, principalmente no ano da coleta dos dados:

[...] ano passado eu estava agoniada no final do ano para que alcançasse os 15%. Tinha tanto recurso vinculado e mais esses 400 mil da emenda, que a gente estava com mais de um milhão de recursos vinculados na saúde e se aplicasse o vinculado não ia alcançar os 15% (M5 E8).

Todavia, dadas as diferentes repercussões das EPs para custeio entre os MGPs e os MPPs, identificou-se que ambos os grupos buscam executar inicialmente as receitas provenientes das EPs, tendo em vista realocar a fonte livre do município:

A gente economiza fonte livre para outros investimentos[...] coisa que a gente utilizaria recurso livre, a gente pode destinar para outros segmentos” (M2 E4); [...] então a gente vai tentando usar o que tem de [fonte] 494, porque aí você acaba gastando menos de fonte livre (M3 E6).

Mesmo que os recursos de custeio tenham representado a maior parte sobre

as EPs alocadas, e não tenham sido identificadas despesas com esses recursos nos anos 2021 e 2022, houve relatos por parte dos entrevistados sobre a relevância desses recursos para a estruturação dos serviços, principalmente aos MPP. Os participantes relataram ainda que a aquisição ou execução destes itens muitas vezes necessitaram de contrapartida financeira por parte do ente municipal, e por se tratar de uma proposta muitas vezes não constante nos instrumentos de planejamento orçamentário, fez-se necessário o redirecionamento de recursos próprios para uma área não priorizada no momento. Alguns entrevistados relataram transtornos e até o risco de desassistência em áreas essenciais, havendo casos de aquisição de equipamentos desnecessários, ou mesmo que não tivessem a capacidade para gerir, como forma de evitar os embates políticos.

Daí tem esse problema, [...] vai trazer algum custo maior para o município, e aí complica, porque tem que executar. Isso é desgastante [...] mas quem é o doido de negar dinheiro? Teve um que eu quis negar, meu chefe quase me bateu. Eu quis negar, quis devolver, daí ele falou assim: "você não é louca, não é?" (M6 E9).

[...] não tem mais onde enfiar ambulância [...] tem que dar contrapartida [...] não sei quantas ambulâncias novas a gente tem [...] não tem equipe para acompanhar uma ambulância de emergência [...] a gente não tem para atender na unidade, o médico, o enfermeiro, vai ter um para ir na ambulância? (M5 E8).

É um raio X que não cabe em um município de quatro mil habitantes, eu não tenho demanda para isso, [...] o deputado sem conhecer a realidade, ele também não teve culpa [...] ele nos cedeu (M4 E7).

5.2.3 Operacionalização das Emendas Parlamentares no Âmbito Municipal

A operacionalização das emendas parlamentares no âmbito municipal aqui abordada, diz respeito especialmente aos processos de cadastramento, execução dos objetos e prestação de contas dos recursos provenientes de EPs. Neste sentido, a análise realizada demonstrou distinções nos aspectos relacionados à organização municipal conforme o porte entre os grandes e pequenos municípios; bem como ao objeto financiável, se EPs de incremento ao Teto PAP ou EPs destinadas à estruturação do SUS.

Assim como ocorrido na análise da captação dos recursos, a estrutura organizacional dos municípios de grande porte (MGP) apresentou-se mais bem

estruturada, com departamentos específicos dentro da própria SMS e preparados para gerir todo o processo de elaboração, execução de propostas e prestação de contas: [Secretário] *“tenho uma equipe que faz esse tipo de trabalho”* (M1 E1).

Nos municípios menores, a função se dividiu entre os próprios secretários, geralmente um apoio técnico das SMS, não necessariamente exclusivo para a função, e o departamento de contabilidade: *“Somos eu [secretária], a minha auxiliar administrativa [...], somos nós duas que olhamos e cadastramos a proposta”* (M7 E14).

A operacionalização também apresentou aspectos distintos no que se referiu ao *objeto* financiável da EP: se de estruturação - equipamentos e obras - ou incremento PAP - manutenção ou custeio.

No caso das EPs voltadas para estruturação, a equipe da SMS mostrou-se com maior autonomia e engajamento durante todo processo, e geralmente foi responsável por cadastrar, detalhar os itens constantes nas propostas; apoiar na fase licitatória (principalmente no que diz respeito ao termo de referência); por monitorar as propostas nos sistemas de informação e participar na prestação de contas. Ou seja, por praticamente todas as etapas do processo, cabendo aos departamentos contábeis / financeiros, cumprir com as etapas de empenho, liquidação e pagamento, para execução do objeto conforme solicitação do gestor: *“Eu [secretária] faço a cotação de preço, monto todo o processo, coloco a justificativa e fico esperando eles [departamento financeiro/contábil] passarem a dotação.”* (M8 E16).

[...] quando a EP é uma fonte de investimento, aí eu me sento com a equipe para formular, porque normalmente essa emenda que vem para investimento tem [...] ou uma reforma, uma construção ou a compra de equipamentos (M1 E1).

No caso das EPs para incremento do Teto PAP, o padrão encontrado foi de um menor envolvimento das equipes gestoras das SMS, que se responsabilizaram inicialmente pelo cadastramento das EPs no sistema, mas na fase da execução, a decisão de como e com o quê realizar a despesa coube, na maior parte das vezes, aos departamentos financeiros ou contábeis: *“[...] essa vai direto para o contador”* (M8 S16); *“Porque daí ele [recurso de custeio] já vai para o contador, entendeu?”* (M8 E16).

Essas diferenças acabaram por refletir o processo de trabalho das equipes técnicas frente aos demais recursos disponíveis no orçamento das SMS. Devido às especificidades relacionadas à área de saúde, sejam eles obras ou equipamentos, as equipes da SMS precisaram acompanhar e apoiar sua execução; por outro lado, as

despesas de manutenção, em sua maior parte relacionadas ao custeio dos serviços contratados, que possuem menor especificidade no que diz respeito à execução financeira, ficaram a cargo dos departamentos financeiros/contábeis das prefeituras.

Tudo de investimento, tem que ter licitação específica [...] se a gente receber uma emenda, por exemplo, para comprar móveis, equipamentos [...] vai sair o pedido de compras, a licitação. Então, ele é todo separado, é todo distinto. O de custeio, não. São os contratos que já existem. São as despesas que já existem [...] é custeio para manter o serviço [...] a gente emite o empenho naquela fonte e vai fazendo os pagamentos (M6 E10).

Sobre o processo de *cadastramento* das EPs, destaca-se que a indicação da natureza da despesa da EP constou de etapa em sistema específico, ainda no ambiente parlamentar. Ou seja, esta opção não foi de competência do município, cabendo ao gestor municipal, o direcionamento do recurso conforme a GND indicada aos programas disponibilizados pelo MS: “*a gente não tem muita autonomia de como esse recurso vai chegar [...] o deputado já impõe lá [...]*” (M1 E1).

Do que coube aos municípios, o processo de *cadastramento* das EPs não se mostrou um procedimento complexo de realizar e as dificuldades citadas restringiram-se às EPs de estruturação, uma vez que para o cadastro das demais, as de incremento, o procedimento constou de simples aceite ao recurso indicado no sistema.

O motivo das dificuldades relatadas às EPs para estruturação veio em forma de críticas por parte dos técnicos e gestores que utilizaram o sistema do FNS para indicação dos objetos, bem como ao “cardápio” de itens propostos pelo MS, por esses apresentarem pouca flexibilidade, não permitindo adaptações às especificidades municipais, como a descrição dos produtos e sua limitação por ambiente:

[...] tinha que ser mais flexível, ele é muito direcionado para algumas situações [...] você tem que entrar em ambiente por ambiente [...] perde muito tempo [...]” (M1 E1); Atende em um primeiro momento [...] só que tem certas coisas que daqui um tempo, [...] a próxima que a gente receber, já não sei se a gente vai precisar daqueles itens (M8 E16).

A fase de *execução* se mostrou como a etapa de maior complexidade na operacionalização das EPs. As principais dificuldades relatadas estiveram

relacionadas aos processos que envolveram a aquisição de equipamentos e realização de obras. O processo licitatório apareceu com frequência, citado, inclusive como motivo do atraso na finalização das propostas: “[...] *não é nem culpa da emenda em si [...] a licitação atrapalha bastante [...] cada hora uma regra, a questão de orçamento [...] acaba atrasando bastante e desgasta [...]*” (M3 E5); “*A gente tem bastante dificuldade com a questão de licitação. Eu não sei nos outros municípios [...] mas pelas conversas que a gente teve [...] parece que sim*” (M6 E10).

Outro fator relacionado a dificuldade de execução foi a defasagem de valores de certos itens constantes no cardápio do MS: “[...] *os valores estão bem defasados, coisa de 30 a 40% [...]*” (M1 S1);

Um dos entrevistados chegou a exemplificar e comparar a diferença entre uma compra direta, por pessoa física, e uma aquisição por processo licitatório, buscando demonstrar que a burocracia envolvida no processo licitatório tende a aumentar os valores praticados:

Na maioria das vezes eles [os valores propostos por item] não atendem [...] com 1600 reais, se eu, for ali no shopping, eu compro um computador bom. Mas o município, o processo licitatório, ele não compra com esse valor” (M6 E10).

Apesar de apenas um dos entrevistados ter dado ênfase quanto haver dificuldades acerca do regramento que envolve as EPs, alegando estar há pouco tempo na gestão, em ao menos três municípios foi relatado haver recursos em conta, de propostas não executadas nas gestões anteriores.

Entre os relatos, percebeu-se uma certa distinção frente às propostas de EPs de outra gestão e a atual, como se a responsabilidade sobre os recursos referentes à administração anterior fosse menor, sem a mesma importância que os recursos recebidos pela administração do momento. Nestes casos, permanece a dúvida se as EPs não foram executadas por real dificuldade, ou se não foram dispensados os esforços necessários para sua conclusão:

Na gestão passada, veio um recurso, acho que para transporte sanitário e eles não executaram, não sabiam que podia ser gasto e acabou perdendo o prazo e agora vamos ter que devolver” (M7 E13).

[...] tem emenda lá de 2017 [...] não foi executada, [...] eu não consigo descobrir do que é para eu poder gastar. Estão paradas. Eu desisti

disso aí, falei "Vou fazer o controle de um ano para cá", senão fico perdendo tempo e não consigo dar continuidade ao que está chegando" (M8 E16).

Agora tem uns que estão parados, porque já estavam, que a gente está com dificuldade, sim, mas não que seja da nossa gestão, já estava. Então, tem uns recursos que já estão... estavam parados, a emenda que nós ganhamos da outra gestão" (M9 E18).

Diferente do que ocorreu com os recursos para estruturação, não houve ênfase de dificuldades para execução das EPs de incremento por parte dos municípios. Nos casos em que se teve relato, estes já vieram acompanhados da informação de que buscaram ajuda à sua regional ou mesmo aos apoiadores do COSEMS de referência: "[...], *se eu tenho dúvida eu pergunto para a regional e pergunto para o apoiador*" (M7 E14). De uma forma geral, mesmo diante dos regramentos impostos, esses recursos mostraram-se bastante exequíveis: "*Não, eu não vejo dificuldade porque a gente tem sempre despesa*" (M6 E10).

Como nós vivenciamos o aumento da demanda e que nós somos obrigados a prestar os serviços, isso tem que ser custeado de alguma maneira, e na maioria das vezes isso não estava previsto. Ou aquilo que veio não foi o suficiente, então essas emendas de custeio acabam nos ajudando a resolver o problema" (M1 E2).

Entre as principais despesas realizadas com os recursos referentes ao Incremento do Teto PAP, figuraram o custeio das ações da APS de um modo geral, como para a aquisição de insumos e materiais descartáveis: "[...] *essas aí já joguei pessoa jurídica e material de consumo*" (M8 E15); "[...] *a atenção primária tem participação nos contratos de manutenção de veículos, tem compra de combustível, tem material médico hospitalar*" (M6 E10).

No entanto, destaca-se o custeio dos serviços de pessoa jurídica por meio de EPs, como uma importante estratégia para provimento da força de trabalho nos serviços de saúde, verificada em seis dos nove municípios participantes: "*Essas empresas médicas aqui é tudo terceirizado, não tem nenhum médico por concurso.*" (M7 E13); "*Porque com esse dinheiro eu posso contratar PJ. O nosso ginecologista [...] está pagando com recurso de emenda [...] o pediatra [...] tudo o que for PJ*" (M4 E7);

Se você recebe um recurso de 100 mil reais e você quer colocar mais

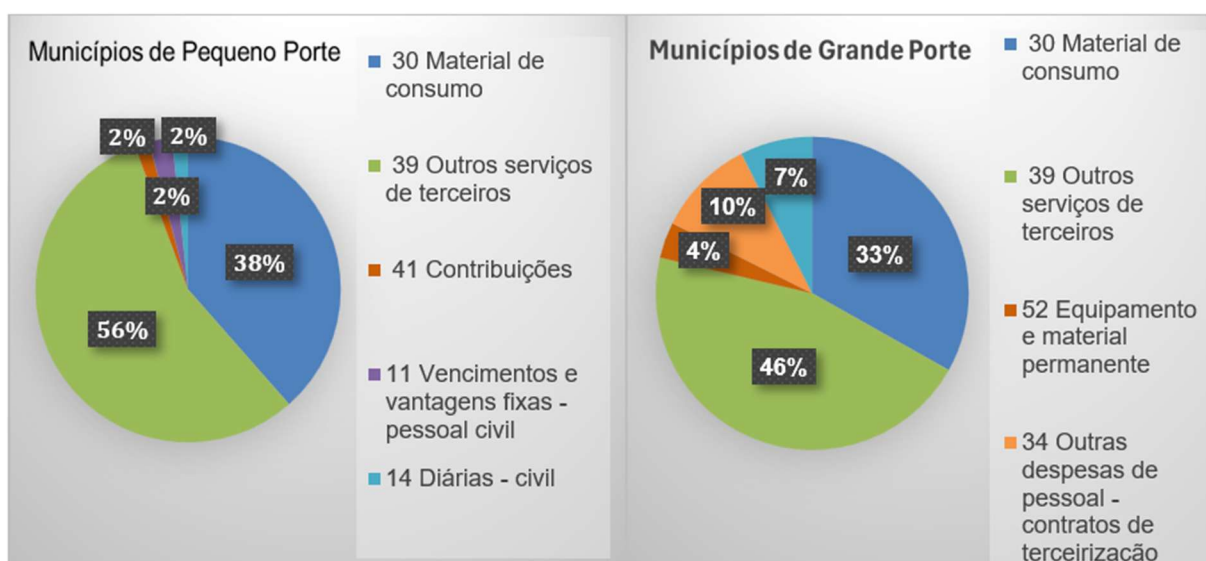
um médico na atenção primária, você sabe [...] eu consigo contratar um médico de 10 mil reais por 10 meses (M1 E1).

Outra despesa citada, vista pelos entrevistados como uma atualização favorável por parte do MS, foi a possibilidade de custeio dos serviços executados pelos Consórcios com recursos de Incremento do Teto PAP: “[...] esse ano apareceu uma nova portaria dessas emendas que a gente pode utilizar para pagar consórcio público e foi nisso que a gente utilizou esse recurso” (M2 E4); “[...] principalmente também consórcio” (M3 E6);

“[...] esse dinheiro da emenda eu custeio minha atenção primária, [...] então a gente conseguiu ampliar a rede de exames ofertados pelo consórcio, por exemplo” (M7 E14).

Os relatos corroboram as informações disponibilizadas pelo TCEPR (Gráfico 5), que permitem identificar um mesmo padrão de aplicação dos recursos entre os MGP e MPP, figurando entre os principais elementos de despesas, os itens 30 - “material de consumo” e 39 - “outros serviços de terceiros”. Destaca-se ainda, que o detalhamento “34”, que se refere aos contratos de terceirização, não consta entre os MPP. Se somados, entre os MGP, os itens “34” e “39”, estes representariam o mesmo percentual que o item “39” representa aos MPP.

Gráfico 5 - Despesas empenhadas com fonte de recursos provenientes de emendas parlamentares, por elemento de despesa e porte municipal, 2021-2022.



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do TCE-PR.

Disponível em: <https://pit.tce.pr.gov.br/EmendasParlamentares/EmendasParlamentaresConsulta/EmendasParlamentaresBI>

A última etapa analisada da operacionalização das EPs no âmbito municipal disse respeito a *prestação de contas*. Neste aspecto, o processo relatado foi bastante semelhante entre os participantes, que citaram realizar a prestação de contas nos relatórios detalhados do quadrimestre anterior (RDQA) e no Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação e aprovação junto aos Conselhos Municipais de Saúde. Também foi citado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que agrega as informações financeiras, de receitas totais e despesas públicas em saúde de todos os entes federados. O responsável por elaborar o relatório financeiro contendo a prestação de contas, bem como o preenchimento dos dados no SIOPS, de forma geral, é o contador: “[...] o SIOPS quem fecha é o contador” (M4 E7).

Aos técnicos das SMS coube o preenchimento e as respectivas apresentações dos relatórios RDQA e RAG no DIGISUS, que constam de ações e metas pactuadas pelas SMS. Cabe ressaltar que os dados financeiros destes relatórios são alimentados automaticamente por dados informados no SIOPS: “É o contador que faz a prestação de contas. Ele passa para mim, eu apresento para o conselho, apresento na câmara dos vereadores [...]” (M8 E16).

No caso do perfil situacional dos RAGs (Tabela 16), observa-se que embora em sua maioria, os relatórios encontrem-se com *status* de aprovação, ainda persistem municípios que desde o ano de 2018 não finalizaram seus processos no sistema de informação DigiSus, conferindo-lhes condição de irregularidade frente aos órgãos de controle.

Tabela 16 - Situação dos Relatórios Anuais de Gestão nos municípios do estado do Paraná e na Macrorregião Norte de saúde, 2018 - 2022.

Instrumento Referência Situação	RAG 2018		RAG 2019		RAG 2020		RAG 2021		RAG 2022	
	PR	Macro	Pr	Macro	Pr	Macro	Pr	Macro	Pr	Macro
Aprovado	362	87	357	86	353	89	352	89	352	91
Aprovado - ressalvas	19	3	24	4	20	2	15	1	15	2
Em análise - CMS	9	3	9	4	13	3	16	4	16	3
Em elaboração	5	2	3	1	7	1	9	2	9	1
Não iniciado	4	2	4	1	4	2	6	1	6	
Não aprovado			2	1	2		1		1	
Total	399	97	399	97	399	97	399	97	399	97

Fonte: DigiSus. Elaborado pela autora.

Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>

Acesso em: 20/12/2024.

A avaliação dos 45 arquivos que compreendem os documentos apresentados no DigiSus pelos nove municípios participantes no estudo, no período de 2018 a 2022, possibilitou identificar que todos constavam como avaliados. No entanto, em 2018, dois desses entes não possuíam arquivos do RAG na plataforma DigiSUS, apresentando apenas declarações de aprovação emitidas pelos respectivos CMS. Ao longo de todo o período analisado, também foi identificado um ente com status de “aprovado com ressalvas”, enquanto os demais foram classificados como “aprovados”.

Por meio da análise dos RAGs, foi também possível identificar que somente um dos municípios do estudo detalhou, em todo o período, os recursos executados por EPs. Entre os demais, há somente a identificação automática importada do SIOPS que permite verificar que o município recebeu recursos por emendas, e o que foi empenhado no respectivo exercício. A Figura 2 exemplifica a forma de identificação dos recursos no RAG, e a forma genérica com que as EPs são identificadas quando não há o detalhamento por parte dos gestores.

Figura 3 - Forma de apresentação da execução orçamentária dos recursos provenientes de emendas parlamentares no Relatório Anual de Gestão.

9.4. Execução orçamentária e financeira de recursos federais transferidos fundo a fundo, segundo bloco de financiamento e programa de trabalho			
Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho	Valor Transferido em 2021 (Fonte: FNS)	Valor Executado
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)	1030150198581 - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	R\$ 516.957,00	R\$ 0,00
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)	103015019219A - PISO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	R\$ 1.428.368,89	1417236,00
	10301501921CE - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	R\$ 1.174,98	1174,98
	1030150192E89 - INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DAS METAS - NACIONAL	R\$ 1.292.707,00	1292707,00
	10304502320AB - INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$ 12.000,00	12000,00
	10305502320AL - INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 170.708,11	170708,11

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS)

1 - Os valores pagos em outro exercício fiscal mesmo tendo sua memória de cálculo e ano anterior, não estarão sendo computados para aquela prestação de contas.

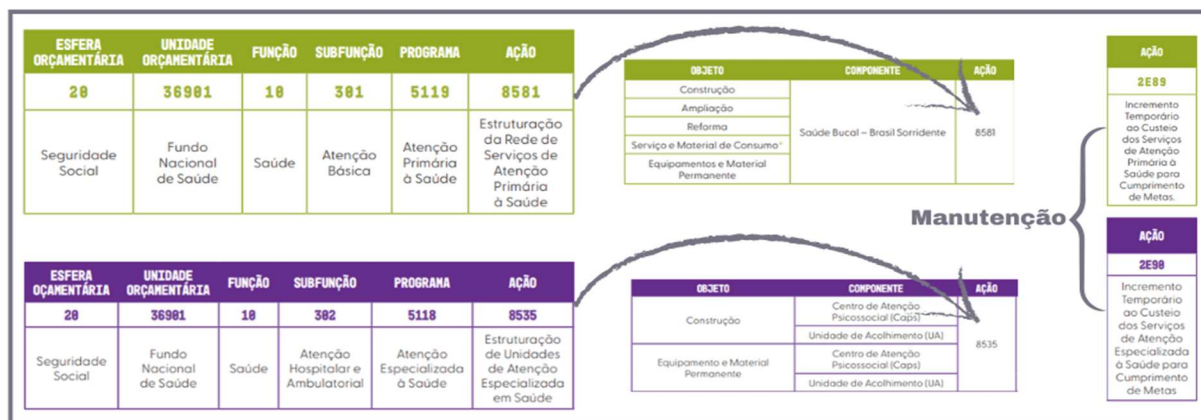
2 - Para efeitos de despesa executada deve ser considerada a despesa empenhada ou paga no exercício fiscal.

Fonte: DigiSus. Adaptado pela autora.

Destaca-se que para a aferição do que foi executado, faz-se necessário o conhecimento sobre os códigos identificadores da despesa, como alguns demonstrados na Figura 3. A figura também exemplifica que uma mesma ação pode desdobrar-se em diferentes objetos, o que não permite ao agente fiscalizador verificar

o detalhamento do que foi executado, caso o município não o faça por iniciativa própria.

Figura 4 - Estrutura de Classificação Programática e códigos identificadores da despesa para objetos financiáveis por emendas parlamentares.



Fonte: FNS. Adaptado pela autora.

O município que detalhou a execução das EPs no RAG, apresentou, no decorrer dos relatórios (2018-2022), a aquisição de equipamentos e materiais permanentes referentes a propostas de recursos depositados ainda em 2015.

Embora o processo de prestação de contas tenha sido descrito entre os municípios atenda a legislação vigente, esse processo ainda se mostra de baixa efetividade diante das perspectivas de grande parte dos entrevistados. Os relatos sugerem a fragilidade do Controle Social da forma como está posto, em que grande parte dos conselheiros apresentam dificuldades em compreender sobre o financiamento do SUS ou mesmo o seu papel enquanto agente fiscalizador do sistema: [...] *nós passamos pelo Conselho Municipal, que é uma coisa, você passa lá, eles não entendem nada, aprova e tchau* (M1 E1); “[...] *só fui discutir com o conselho municipal de saúde. Na reunião, eu falei "Olha, gente, a construção e a reforma, vou precisar passar essa papelada"* (M8 E1).

Eu entendo que o controle social precisa ser mais capacitado para fiscalização. Eu vejo, assim, um empobrecimento muito grande do controle social de alguns anos para cá [...] de não saber fiscalizar mesmo. Eu verifico isso aqui. Eu presto conta para eles [...] quando apresento as contas, eles normalmente me questionam [...] o maior valor que tiver naquela página e o menor valor. Mas olhar para esse recurso de emenda, quem que mandou essa emenda? O que foi comprado? Já foi executado? Foi colocado lá para onde o que se veio? Não. Isso eles não fazem” (M6 E10).

A participação da Câmara de Vereadores também foi citada nas prestações de contas realizadas em audiência pública, com menor ênfase sobre a atuação desses atores nesta fase da operacionalização: “[...] *tem aquelas reuniões quadrimestrais em que se faz a prestação de contas [...] mas não especifica muito. Apresenta publicamente na câmara dos vereadores, marca uma audiência pública e apresenta*” (M7 E14).

5.2.4 Concepções e Percepções das Equipes Gestoras sobre as Emendas Parlamentares

Ao investigar sobre a compreensão dos entrevistados para além do processo operacional que envolvem as EPs, abordando o tema considerando o contexto político no cenário nacional, a maior parte dos entrevistados demonstrou não ter conhecimento acerca da impositividade do orçamento ou mesmo relacionar a ampliação do volume de recursos provenientes de EPs ao marco constitucional da EC 86/2015.

Isso foi ainda mais evidente entre os técnicos ou secretários que estão há menos tempo no apoio ou mesmo diretamente na gestão municipal do SUS. Os relatos a seguir são de profissionais que passaram a ocupar os cargos na atual gestão, ou seja, possuíam menos de dois anos nos respectivos cargos: “[...] *eu não consigo saber*” (M3 E5); “[...] *Não vi diferença disso [...]*” (M7 E13); “[...] *Isso que eu não sei. Como eu não estava na gestão antes, não sei se era porque não parecia ou se foi uma coincidência*” (M8 E16).

Ao ser citada por alguns dos entrevistados com maior experiência na gestão de serviços, a impositividade do orçamento foi relacionada ao caráter mandatário que as EPs passaram a ter, como um recurso que teria garantia de execução, mas não necessariamente que o fato tenha representado maiores ganhos de valores ou mesmo de indicações aos municípios:

[...]a emenda impositiva é uma garantia para o município. A não impositiva é uma coisa que pode ser cancelada a qualquer momento [...] impactou não sobre os recursos, impactou sobre a certeza de vir os recursos.” (M8 ES15).

Então não sei se está arrecadando mais, ou o governo gastando o que é da saúde, na saúde [...] se o parlamentar tem X para gastar na saúde, ele vai gastar na saúde, só vai gastar na saúde, antigamente

tinha X, mas onde ele quisesse” (M2 E3).

Quando os entrevistados relataram ter havido a ampliação de recursos nos últimos anos, esta situação foi creditada à habilidade política, principalmente do prefeito: *“Aumentou [...] talvez possa ter sido um pouco de busca [...] da parte do prefeito”* (M7 E12); *“[...] a gente só consegue ganhar se tiver a corrida atrás”* (M7 S13); *“Eu achei que nessa gestão está vindo mais, mais rápido, chega mais [...] depende da gestão do prefeito. O nosso prefeito busca muito”* (M9 E18).

Diante da abordagem para melhor compreender de que forma as equipes gestoras percebem as EPs, observou-se que, em linhas gerais, os entrevistados apresentaram opiniões convergentes, demonstrando inicialmente, uma percepção positiva das EPs como forma de agregar mais recursos ao orçamento: *“Tem ajudado, porque você consegue fazer algumas ações [...] com o recebimento desse incentivo extra”* (M1 E1); *“Eu acho, na minha opinião, realmente, que agrega muito”* (M2 E4);

Mas, ao serem questionados quanto a opinião sobre a forma de distribuição das emendas, bem como suas características frente às transferências programáticas, o posicionamento tornou-se mais crítico, principalmente entre os municípios que obtiveram menores valores médios per capita na EPs para incremento do Teto PAP:

Eu acho que deveria canalizar esse recurso através de programas, canalizar mais através de programas do que de emendas, porque o programa todo município vai ter acesso, a emenda não, você precisa da parte política” (M1 E1).

[...] mas eu não sei se ele é bom para o nosso processo de trabalho [...] ele alivia. [...] mas eu acho que alivia para a demanda geral, não para o processo mesmo de estabelecer a atenção completa, integral como tem que ser” (M6 E9).

Vamos dizer que ajuda, mas, na minha opinião, se fosse um recurso distribuído [programático] seria mais interessante para o município” (M6 E10).

Embora verbalizada de diferentes modos, foi possível interpretar uma dualidade sobre o tema em cada entrevistado, explicitada como um dilema, que, de um lado, preza pela defesa dos preceitos de uma administração pública ideal, voltada aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à equidade na distribuição de recursos em saúde; e de outro, que devido a necessidade de responder aos desafios impostos à gestão de um sistema marcado pelo subfinanciamento, relativizam e

aceitam o processo da forma em que está posto, desde que vantajoso no momento: *“Olha, se a gente pensar que não deveria ser por isso, deveria ser por outros fatores, não é bom, mas para a gente é bom. [...] Não é justo”* (M6 E11).

Elas são importantes [...] mas eu falo hoje que para mim está bom porque eu estou atingindo o meu teto de recebimento, mas vamos dizer que [...] não tem um deputado que o represente [...] então eu acho que poderia ser distribuído de uma outra forma? Poderia. Dá para ser até mais justo de uma outra forma. Mas no momento, para nós aqui [...] está bom demais (M4 E7).

Na medida em que as entrevistas avançavam, alguns outros aspectos relatados e interpretados como características desafiadoras relacionadas às EPs frente a gestão do SUS destacaram-se: i) a imprevisibilidade e pontualidade dos recursos; ii) a excessiva interferência política na alocação de recursos; iii) a falta de autonomia da equipe gestora municipal do SUS na definição do objeto da EP; iv) as disparidades na distribuição dos recursos.

A imprevisibilidade e o caráter pontual das EPs foram apontadas como negativas por não favorecerem o planejamento e a sustentabilidade das ações em saúde: “[...] podia ser dividido mensalmente, ou um valor que pudesse ter um planejamento maior, seria excelente” (M7 E13); *“A desvantagem é que a gente não sabe dessa regularidade, então não tem como você ter uma previsão”* (M7 ES14);

Ela é pontual. A gente nunca sabe se ela vai vir, se ela não vai vir [...] ela tira a gente do sufoco muitas vezes. No fim para a gestão, ela ajuda, mas para [...] construir a política, o processo de trabalho e tal, que é contínuo ali, que você tem que ir ampliando, não (M6 E9).

Neste sentido, as EPs foram comparadas às transferências regulares, que, na perspectiva dos entrevistados, seriam formas de repasses mais vantajosas aos municípios do que as EPs, por permitirem a melhor programação para a sua utilização e pela possibilidade serem utilizadas para o custeio da folha de pagamento dos servidores. Da forma em que está dada, as EPs custeariam somente ações pontuais, impossibilitando o custeio de ações planejadas a longo prazo, visto não serem previsíveis e nem constantes.

[...] ele reflete ali nas contas do seu dia a dia, vamos supor, talvez mais medicamento, um insumo, alguma coisa que estava faltando, mas o nosso forte da atenção primária são as pessoas, são os profissionais.

Isso é que tem ficado pesado para os municípios, garantir primeiro pessoas qualificadas e ter esse processo de trabalho bem estabilizado, e isso para mim é o mais difícil” (M6 E9).

[...] se ele vem um recurso [que não EP] para atenção primária, para nós ele é muito mais útil [...] o recurso de emenda não posso pôr em folha. E qual é a maior despesa que a gente tem aqui, senão pessoal? (M6 E10).

A excessiva interferência política na alocação dos recursos, foi criticada na medida em que transfere aos deputados e senadores o poder de gestão sobre o orçamento da saúde. O papel sobre a manutenção dos programas que caberia ao MS estaria prejudicado, dadas as proporções que as EPs têm tomado sobre o orçamento federal da saúde:

[...] fui dentro da atenção primária conversar [...] e fui falar algumas necessidades e ele falou assim, "Nós não temos orçamento nenhum [...] você tem que fazer a "peregrinação parlamentar" (M3 E5).

Essa questão de que o parlamentar que não entende de SUS, ele não sabe o que é saúde, ele não sabe o que é executar saúde, e aí ele vai definir para quem vai ou como que vai ser executado o recurso (M6 E10).

Entre as falas, surgiram inclusive pontuações no entendimento de que as EPs deveriam financiar somente os serviços estruturantes, não cabendo aos parlamentares a indicação de recursos de custeio:

[...] eu acredito que no caso de manutenção, nem por emenda deveria ser [...] o Ministério tem que fazer essa distribuição [...] não deputado. [...] emenda tem que ser investimento, manutenção é do gestor. Você passou manutenção para deputado, aí já vai virar política (M8 E15).

Sob diferentes conotações, com maior ou menor teor crítico, foi possível identificar que a *falta de autonomia* da equipe gestora municipal *na definição do objeto* das EPs foi mencionada no decorrer de várias das falas, demonstrando que esses recursos, quando direcionados sem que haja o atendimento às prioridades locais, geram desgastes e a necessidade de adaptações ao processo de trabalho das equipes: *“algumas coisas são muito carimbadas ali, e dificulta o trabalho”* (M3 E6); *“[...] esse recurso amarrado e a gente não tem uma opção, tem vontade devolver”* (M5 E8); *“E quando vem, vem de forma engessada [...] me fiscalize, mas deixe que eu escolha onde eu quero aplicar o dinheiro”* (M2 E3).

Mesmo entre as manifestações de menor criticidade, identificou-se a necessidade de adaptação da gestão diante da indicação da EP. Nestes casos, a situação foi minimizada com certo conformismo e resignação por parte de alguns entrevistados, que acabaram por tratar as EPs como um “presente” recebido, cabendo aos municípios o aceite: “Às vezes a gente tem que fazer essa reorganização [...] *eles foram lá negociar uma coisa, e a pessoa deu outra. E aí para não ficar sem o recurso: está bom!*” (M6 S9);

[secretária]: Olha prefeito, estou precisando de ambulância, vê o que você consegue”. Aí ele vai atrás de transporte. Às vezes ele não vem com ambulância, vem com micro-ônibus [...] mas já é alguma coisa (M8 E16).

E, os parlamentares, por sua vez, foram tratados como aqueles que buscaram fazer o possível para atender as demandas dos municípios, mas em alguns momentos viram-se limitados diante das circunstâncias: “[...] *o deputado sem conhecer a realidade, ele também não teve culpa [...]*”(M4 E7).

[...] a gente entende [...] eles tentam suprir ao máximo a necessidade do município, mas a gente também entende que [...] eles devem ter uma quantidade também [...] vai que outros três municípios já solicitaram, a gente acaba as vezes ficando do que vai sobrar” (M7 E12).

Outro apontamento foi sobre as *disparidades na distribuição dos recursos* por EPs considerando a base populacional, relatada pelos representantes dos municípios de grande porte:

Um município com 20 mil habitantes recebeu uma emenda de 3 milhões de reais para atenção primária. E nós [município com 600.000 habitantes] recebemos menos que 3 milhões (M6 E10);

[...] acaba sendo injusto [...] municípios com 5 mil habitantes, recebem uma emenda de 500 mil, eu, com 140 mil habitantes recebendo um milhão de emenda [...] são duas vezes mais, mas eu tenho 20 vezes mais habitantes. Então, eu acho que [...] para ser mais justo, uma divisão per capita mesmo (M1 E1).

As críticas direcionaram-se ao desequilíbrio e às distorções causadas pelas EPs, por não se utilizarem critérios de rateio per capita nesta modalidade de transferências de recursos. Os representantes dos MGP destacaram a desvantagem dos municípios maiores frente aos pequenos, fazendo comparações com as

repercussões que as EPs representam aos respectivos orçamentos municipais.

Considerando a diversidade de resultados apresentados nas quatro seções deste capítulo, elaborou-se o Quadro 10, que contém uma síntese dos principais achados da etapa qualitativa do estudo.

Quadro 10 - Síntese dos resultados das entrevistas por dimensão de análise.

Dimensão	Aspectos de análise	Principais achados
Captação	Estratégias de captação e definição do objeto	<ul style="list-style-type: none"> • Captação de EPs não apenas por afinidade partidária, onde os vínculos são estabelecidos para o atendimento de interesses específicos. • Grande participação de emendas de relatoria entre as indicações. • Embora a busca inicial por objetos pré-determinados, restou menor autonomia municipal nesta definição.
	Atores e seus papéis	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeito como o protagonista na solicitação e negociação das EPs; • Vereadores atuam como importantes coadjuvantes na captação; • Parlamentares destinam EPs de forma espontânea para municípios que consideram estratégicos, independente do vínculo com outros agentes políticos locais; • Secretários de Saúde dos MGP participam ativamente na captação de recursos, ao passo que os secretários dos MPP geralmente encaminham suas demandas aos prefeitos.
	Tensões e disputas	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos de interesse acerca das EPs, entre MGP e instituições como Consórcios e entidades filantrópicas, onde o município que detém a gestão do Teto MAC passa a atuar como repassador de recursos; • Disputas pelo crédito da obtenção das EPs entre os agentes políticos, acirradas pelos vereadores;
Planejamento Gestão Financeira e EPS	Processo de Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> • Os recursos provenientes de EPs não integram diretamente os instrumentos de planejamento orçamentário devido à imprevisibilidade dessa forma de repasse; • Espaços de deliberação utilizados para o cumprimento de formalidades, sem necessariamente aprofundar discussões sobre o impacto do objeto das EPs na região. • Fragmentação do processo, favorecendo ações responsivas, de curto prazo em detrimento das estruturantes, que requerem programação de longo prazo. • MGP com processos mais bem instituídos e melhor estruturados quanto à capacidade de pessoal; • Imprevisibilidade das EPs dificulta a garantia de execução de contrapartida.
	Gestão financeira	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de recursos de EPs na modalidade custeio • Direcionamento das EPs para o custeio de insumos e de serviços de terceiros, com destaque para serviços médicos por PJ. • Maior repercussão dos recursos de EPS entre os MPPs; • Baixa capacidade instalada nos MPPs quanto disponibilidade de equipe técnica; • Obras e equipamentos federais para APS somente custeados por meio de EPs, não por Programas. • Dificuldades em garantir contrapartida para EPs de estruturação, com risco de desassistência em áreas prioritárias pela necessidade de redirecionamento de recursos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 - Síntese dos resultados das entrevistas, por dimensão de análise (conclusão).

Dimensão	Aspectos de análise	Detalhes/Explicação
Operacionalização das EPs no Âmbito Municipal	Capacidade instalada	<ul style="list-style-type: none"> • MGP possuem equipes específicas para gerenciar projetos e recursos de EPs, enquanto nos MPPs a gestão é concentrada nos secretários e contadores.
	Execução dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Para obras e aquisição de equipamentos, a equipe gestora tem maior controle sobre os processos de planejamento e execução se comparado aos recursos de custeio; • Despesas com recursos de incremento ao Teto PAP são definidos de forma majoritária pelos departamentos contábeis e financeiros das prefeituras; • Possibilidade de pagamento de Consórcios com EPs, à exceção do contrato de rateio de despesas.
	Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Cardápio proposto com descritivos pouco flexíveis, limitação de itens por ambiente e valores defasados; • Dificuldades com processos licitatórios para aquisição de equipamentos e realização de obras; • Inexecução de EPs herdadas de gestões anteriores.
	Monitoramento e fiscalização dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de constas no relatório de gestão; • Responsável pelas informações financeiras do RAG entre os municípios participantes é o contador. • Conselhos Municipais de Saúde possuem limitada ação fiscalizadora sobre a execução das EPs; • Pouca ênfase da participação do Legislativo municipal na fiscalização desses recursos.
Concepções e Percepções das Equipes Gestoras sobre as Emendas Parlamentares	Concepções	<ul style="list-style-type: none"> • Poucos gestores relacionam a ampliação das EPs à impositividade do orçamento, atribuindo a captação ao esforço político do prefeito.
	Percepção	<ul style="list-style-type: none"> • EPs são vistas como fonte essencial para complementação orçamentária da saúde, mas criticadas por não seguir os princípios de equidade do SUS; • Gestores defendem que os recursos deveriam ser distribuídos via programas estruturados, e não por indicação parlamentar; • Relatam a baixa autonomia da gestão local do SUS na definição do objeto das EPs, que geralmente está predeterminada; • Dificuldade de planejamento de longo prazo devido à incerteza sobre o recebimento das EPs; • Municípios maiores criticam a disparidade na distribuição, considerando que municípios menores recebem mais recursos proporcionalmente.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo ajudaram a compreender como a participação das EPs no orçamento federal da APS, desde a aprovação da EC/86, repercutiram sobre gestão do SUS, de forma especial sob os aspectos relacionados à dinâmica da gestão orçamentária e financeira entre os municípios brasileiros.

A análise de âmbito Nacional revelou uma tendência de crescimento nas transferências federais destinadas às ASPs, com maior expressividade de aumento relacionado à APS durante todo o período investigado. Contudo, em paralelo, identificou-se que o aumento refletiu a evolução da participação das EPs alocadas nesta área específica, em detrimento das transferências regulares. Embora esse cenário pudesse indicar um esforço da União sobre o fortalecimento da APS como ação estratégica, a situação encontra maiores explicações sobre uma lógica político-eleitoral, que teria como foco os pequenos municípios. A capilaridade dessa linha de financiamento, presente em todo país atuaria como um facilitador para a alocação de recursos pelos parlamentares (SILVA et al., 2024).

Neste sentido, sob a perspectiva do porte populacional, este trabalho identificou um grande desequilíbrio na alocação de recursos do MS por EPs em favor dos municípios que possuem menor população. Foram identificadas diferenças de até 16 vezes no valor per capita em EPs para APS entre os municípios com até 5.000 habitantes e os com mais de 500.000, evidenciando as distorções causadas por essa forma de transferência de recursos no período avaliado. As disparidades foram também apontadas nos resultados da etapa qualitativa, pelos representantes dos MGP, como motivo de descontentamento.

Situação semelhante quanto a alocação de recursos per capita já havia sido apontada em estudo que considerou os repasses federais para o Incremento do PAB no período de 2015 a 2018 (PIOLA; VIEIRA, 2019). Outros dois trabalhos indicam distorções causadas pelas EPs, frente aos mecanismos de transferência federal para a APS previamente instituídos no SUS (VIEIRA; LIMA, 2023), e à concentração de recursos em municípios que menos precisavam do repasse (BAIÃO; COUTO; DE OLIVEIRA, 2020). Em que pese a grande vulnerabilidade dos municípios de menor porte populacional na federação (PINAFO et al., 2020) e sua alta dependência fiscal das transferências federais (ABRUCIO, 2005), é sabido que o repasse de EPs não

beneficiam a todos de forma equitativa, dada a discricionariedade do parlamentar na indicação desses recursos (BAIÃO; COUTO; DE OLIVEIRA, 2020; VIEIRA; LIMA, 2023).

Mesmo considerando a insuficiência dos valores praticados, o PAB fixo que vigorou até 2019, favoreceu o fortalecimento da APS desde a sua implantação nos anos 1990, na medida em que respeitava critérios como perfil demográfico e socioeconômico de cada ente municipal para distribuição de recursos financeiros (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018). Além disso, há evidências de que as transferências condicionadas do SUS atuam na equalização da necessidade associada à população em situação de extrema pobreza, superando as transferências legais que seriam específicas para esse fim (BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017).

Ainda sobre a distribuição per capita das EPs, outro importante ponto que reflete sobre essa lógica diz respeito à representatividade no Congresso Nacional, tendo em vista que os valores são determinados pelo número de parlamentares de cada unidade da federação, e não pela população em si. Ao considerar os estados que possuem uma população pequena em relação ao número de cadeiras no Congresso, pode-se dizer que estes locais estariam sobrerrepresentados e favorecidos com maior proporção de recursos federais (CARVALHO, 2007; FRANSEZE; 2010). Esse assunto é tema de impasses entre os parlamentares pelo expressivo montante de recursos financeiros envolvidos. As distorções das emendas individuais e de relator são tantas, que os municípios poderiam ser contemplados com receitas que extrapolam seu próprio orçamento anual (BRANDÃO, 2021).

Diferente do observado na etapa Nacional deste estudo, de que a APS se destacou como principal área de alocação de recursos nas transferências por EPs aos municípios, o montante repassado nos anos 2021 e 2022 foi maior para a AE, assim como ocorre na linha de repasses regulares do SUS. Por se tratar de uma área que contempla serviços de média e alta complexidade, os recursos acabam por se concentrar em um menor número de municípios (GUERRA et al., 2023). Na macrorregião estudada, por exemplo, os dois MGP agregam praticamente todos os valores destinados por EPs à AE. Estudo realizado em municípios caracterizados por terem população superior a 50.000 habitantes no Rio de Janeiro, encontrou resultados semelhantes, tendo a AE como maior área beneficiada (SILVA et al., 2024).

Neste ponto ainda, o estudo de caso permitiu identificar que em 2022, 94% dos

valores indicados por EPs para a fonte 302 – MAC – tiveram como destino instituições filantrópicas. Ou seja, embora os repasses tenham sido alocados aos FMS dos municípios que detém o Teto MAC, estes não foram os beneficiários finais, e sim, outras instituições. Com isso, embora esses serviços constem como pontos de atenção da rede SUS, deixa-se de garantir maiores fontes de recursos – tão necessários - para a rede própria municipal. Salienta-se ainda, que os MGP, mesmo somando valores recebidos por EPs para APS e AE, possuem médias per capita menores que os MPP, caracterizados por receber apenas EPs para APS. Não se pode desconsiderar as dificuldades dos MGP em garantir a cobertura dos serviços de saúde em suas periferias (MALTA et al., 2016)

Considerando que o estudo de âmbito Nacional teve como grande foco as implicações das EPs sobre gasto municipal, a análise específica para esse fim identificou dois principais pontos de interesse: a inexistência de correlação entre a alocação de recursos federais por EPs aos municípios para financiamento da APS e a despesa com recursos próprios em ASPs; e a identificação de associação entre a alocação de recursos federais por EPs para a APS com a redução da despesa por recursos próprios em APS.

Embora os recursos provenientes por EPs tenham se mostrado relevantes entre as despesas municipais, as análises realizadas não evidenciaram correlação entre a alocação de recursos federais por EPs aos municípios para financiamento da APS e a despesa com recursos próprios em ASPs, exceto para aqueles com população inferior ou igual a 10 mil habitantes, para os quais a associação foi positiva. Esses achados constituem evidências que ajudam a refutar a hipótese da substituição de fontes pelos municípios no financiamento de despesas em ASPs, ou seja, de que eles substituiriam recursos próprios por emendas na aplicação em ASPs.

Como a aplicação municipal efetiva em ASPs, em média, foi de 22% no período analisado, sendo muito superior ao limite mínimo de 15% estabelecido na Constituição Federal, os municípios teriam margem para realizar essa substituição sem descumprir a determinação constitucional. Contudo, isso não aconteceu. A pressão sobre os municípios decorrente do subfinanciamento do SUS é um dos fatores que explicam esse resultado (PEREIRA; FALEIROS, 2022).

A disparidade entre os entes da federação no financiamento do SUS reflete a omissão estrutural da União neste sentido dentro do arranjo federativo. A participação

da União, que nos anos 1990 correspondia a aproximadamente 73% do financiamento da saúde, reduziu para 37,6 % em 2022. Em contrapartida, a alocação de recursos da esfera municipal nessa área passou de 12% para cerca de 34% no mesmo período (BARROS; PIOLA, 2016; SERVO et al., 2020, BRASIL, 2025). Tal fato indica um paradoxo neste cenário de inversão de responsabilidades, uma vez que a União possui a maior concentração tributária, e, por consequência, a maior arrecadação de receitas (PINTO, 2016).

Esta situação também evidencia que a descentralização da gestão das ASPS aos municípios não teve como prioridade a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, e representou mais uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, servindo mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como almejavam seus idealizadores (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

O segundo achado que se refere à análise de correlação, disse respeito à identificação de associação entre a alocação de recursos federais por EPs para a APS e redução da despesa com recursos próprios em APS, o que sugere um efeito de substituição nessa fonte específica. Ou seja, os municípios diminuíram a parcela de recursos próprios no financiamento da APS.

Considerando que não houve redução da despesa própria em ASPS, o montante de recurso de fonte livre que deixou de ser aplicado em APS foi deslocado para o financiamento de outras despesas, mesmo em municípios de pequeno porte, nos quais a oferta de serviços se concentra nesse nível de atenção à saúde. Neste aspecto, as informações obtidas na etapa qualitativa corroboraram os achados que sugeriram a substituição de fontes, frente a manifestação de grande parte dos entrevistados de que diante à alocação de recursos por EPs para a APS, direcionam seus recursos próprios para outras áreas.

Para esses entes, e mesmo em municípios maiores, os recursos podem ter sido destinados ao financiamento de ações de vigilância em saúde, para a aquisição de medicamentos, ou mesmo para o financiamento de serviços de saúde de média e alta complexidade (VIEIRA et al., 2022), uma vez que esses itens de gasto não estão incluídos na despesa em APS considerada nesta análise.

A etapa qualitativa do estudo, além de apoiar a compreensão dos efeitos citados pela análise de abrangência nacional, possibilitou a identificação de outras

implicações das EPs, a saber: interferências das EPs sobre a autonomia das equipes gestoras do SUS; fragmentação do processo de planejamento; configuração de uma lógica reativa de processos em detrimento de ações estruturantes à saúde; e da fragilização da execução orçamentária-financeira.

Dado o processo da captação e indicação de recursos por EPs pode-se identificar a interferência de outros atores que se sobrepuseram à autonomia do gestor local do SUS quanto a definição do objeto proposto em vários momentos. Entre eles se destacaram os parlamentares, seus assessores e vereadores. Embora a figura do prefeito tenha se mostrado predominante no processo de captação dos recursos, isso não garantiu o atendimento às necessidades apresentadas.

Ainda que a definição dos objetos propostos não tenha, muitas vezes, refletido as reais necessidades locais, os municípios não demonstraram resistência suficiente para enfrentar os embates políticos envolvidos. Ao contrário, buscaram incorporar as novas receitas aos seus orçamentos, mesmo que estas não estivessem alinhadas às prioridades previamente estabelecidas. A ausência de critérios técnicos na alocação dos recursos por parte dos parlamentares tem sido alvo de críticas em outros estudos, os quais apontam que, frequentemente, prevalecem os interesses eleitorais e particulares dos agentes políticos em detrimento das demandas locais. Nesse contexto, não se trata necessariamente de uma troca direta de recursos por votos, mas da consolidação de alianças políticas marcadas por interesses recíprocos (BAIÃO; COUTO; DE OLIVEIRA, 2020; CARNUT et al., 2021).

O cenário de maior influência política na alocação dos recursos conflita também com o principal papel do MS, que é o de coordenar e induzir políticas públicas tendo em vista reduzir as iniquidades (SERVO et al., 2020). Como forma de dirimir essa perda de protagonismo alocativo, o MS se utiliza de alguns mecanismos que buscam direcionar os investimentos conforme suas prioridades, bem como suprimir o que entende não ser conveniente.

Destacam-se como exemplos, as cartilhas que precedem a elaboração da LOA, disponibilizadas anualmente aos parlamentares e gestores, nas quais constam as áreas e objetos passíveis de indicação (BRASIL, 2024). Outra ação em destaque, são as normativas publicadas por meio de portarias e notas técnicas que definem as possibilidades de gasto com recursos de EPs. Entre elas podem ser citadas as atualizações possibilitando o custeio de ações por meio de consórcios públicos com

recursos de incremento PAP (BRASIL, 2022), e o aumento do teto para recebimento dos incrementos de custeio em 20% para os municípios classificados como de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2024). No entanto, a indicação do recurso ainda prevalece a escolha do parlamentar, com tendência à redução do impacto esperado pelo MS, que nestes casos seria fomentar a ação consorciada e garantir mais recursos para áreas mais vulneráveis.

A indicação de recursos para o consórcio, a que se refere o caso citado, diferencia-se do ponto levantado nos resultados deste estudo, em que houve conflito entre o município gestor do Teto MAC e os demais municípios da região de saúde. A possibilidade que se abre pelo MS amplia as opções ao ente municipal, garantindo a autonomia na alocação ou não de recursos para remunerar serviços prestados via consórcio, inclusive para ações afins da APS (BRASIL 2022). Por outro lado, a situação relatada no estudo qualitativo, de EPs direcionadas aos FMS, mas que teria o consórcio como beneficiário explicita conflitos acerca das EPs implicando sobre a autonomia dos MPP frente ao MGP e a fragilidade da governança regional em gerir conflitos. Estudo que avaliou a ação coletiva nesta região, havia encontrado resultados semelhantes, indicando a necessidade da estruturação de “espaços dialógicos horizontais” (ANDRADE, 2022).

Na perspectiva do planejamento e gestão orçamentária, identificou-se que o caráter pontual e imprevisível das EPs repercute de forma a potencializar a fragmentação do processo, que ainda não encontra bases sólidas entre os municípios. A impossibilidade da previsão dos recursos, quando da elaboração dos instrumentos de planejamento e orçamento pelos gestores municipais, acarreta a constante revisão da peça orçamentária, que não só fragmenta como também inverte a lógica antecipada que se pretende ao planejar, considerando que muitas vezes se aguarda a entrada do recurso para só então definir a finalidade das novas receitas (CARNUT et al., 2021) Soma-se a isso, a necessidade de contrapartida, muitas vezes requerida para execução dos objetos indicados à estruturação dos serviços, que por não estarem previstas, podem descaracterizar o planejamento inicial proposto, desassistindo áreas anteriormente priorizadas (SILVA, 2024).

É sabido que as dificuldades relacionadas ao planejamento público preexistem ao advento das emendas ao orçamento da saúde, com interação de outros fatores que desafiam a instituição de uma dinâmica articulada como a idealizada para o SUS

(CASTRO; MACHADO, 2010). O planejamento ascendente, previsto desde a Lei 8.080, passados mais de 30 anos, ainda não se concretizou. O PMS não raramente se configura em um mero documento, sem grande aplicabilidade, objetivando um cumprimento normativo (VIEIRA, 2009). Na prática, o que se pode se constatar é que os municípios de forma geral ainda não priorizam seus planos na tomada de decisão para a utilização dos recursos.

Reflete-se neste meio de limitações o difícil entendimento das peças orçamentárias. O problema se inicia pela tecnicidade da linguagem utilizada, que se torna matéria distante para grande parte da população, mas também por grande parte dos gestores, especialmente os de pequenos municípios (ASSIS; VILLA, 2003). O fato chega a conferir posição privilegiada aos que detém esse conhecimento na área pública, mantendo gestores e demais profissionais sob sua dependência.

No âmbito do SUS, isso afeta diretamente dois atores de grande importância: os gestores e o controle social (BRASIL, 2016). Além disso, a capacidade Estatal dos municípios mostra influenciar a dinâmica de um planejamento local mais estruturado, dependente de um quadro de profissionais com experiência em gestão pública e de forma específica na área da saúde. Tal cenário é adverso à realidade dos MPP, que compõe a maior parte do território brasileiro (GRIN, 2021).

Sob a dimensão da operacionalização das EPs, os resultados apontaram fragilidades na execução orçamentária e financeira, evidenciadas na não execução, execução parcial ou execução insatisfatória dos recursos. Além disso, entende-se que a prestação de contas relacionados às EPs ocorre de forma incipiente, diante da baixa atuação e até distorção do papel do controle social frente a esses recursos. De uma forma geral, esta dimensão reflete questões abordadas, que são inerentes ao processo de planejamento e capacidade estatal dos municípios (GRIN; DEMARCO; ABRUCIO, 2021).

Conforme o fluxo estabelecido para execução das EPs de estruturação, as particularidades de operacionalização destes recursos necessitaram de participação ativa das equipes gestoras das SMS. Observou-se que mesmo diante de uma maior aproximação dos profissionais da área, existiram falhas de execução, restando saldos parados em conta. Fatos como este desvirtuam e enfraquecem o debate sobre a insuficiência do financiamento do SUS, que tem, por parte de seus críticos, a retórica do discurso que relaciona a má gestão como causa fundamental pelas dificuldades

estruturais do sistema. Este fato já foi tema de debate por Faleiros e Pereira (2021), que relacionam parte do problema ao complexo conjunto de normas e regras do SUS. No entanto, esse ponto merece maiores investigações, considerando que a União tem editado Leis e publicado Portarias prevendo a transposição de recursos, tendo em vista o grande volume de recursos não utilizados, flexibilizando as regras e permitindo a reprogramação dos recursos (CONASEMS, 2024).

Oposto ao que ocorreu com os recursos de investimento, as EPs de incremento, justamente as que detém o maior montante de valores transferidos, possuem sua execução bastante determinada pelos técnicos relacionados aos setores financeiros, muitas vezes distantes da realidade das SMS. Não por esse fato haja menor crédito ao papel destes profissionais diante de suas funções. O que se aponta aqui, é o menor envolvimento dos próprios secretários de saúde frente à execução de despesas pelas quais são legalmente responsáveis. Tão pouco este fato seria tratado como problema se estes gastos fossem norteados sob ações previamente planejadas e claramente definidas, cabendo ao executor apenas seguir o plano traçado.

Ainda no aspecto da operacionalização das EPs, encontrou-se processos frágeis quanto ao monitoramento e acompanhamento dos recursos recebidos por parte dos respectivos CMS. Embora a certa ênfase sobre a participação do controle social entre participantes, o que se observou foi uma participação destes conselhos de forma inexpressiva - do ponto de vista do controle social -, conduzida pela gestão das SMS em atendimento às próprias demandas, não objetivando necessariamente sua fiscalização e controle. As dificuldades enfrentadas pelos conselheiros no exercício do controle social, especialmente na compreensão das pautas foi apontada em outros estudos que sugerem maior apoio formativo aos conselheiros diante dos temas complexos que envolvem o SUS (CAVALCANTE; MAGDALENA; MORIGUCHI, 2023; SHIMIZU et al., 2013).

Diante de todo processo descrito, desde a lógica da captação das EPs; à falta de previsibilidade dos recursos; e as fragilidades estruturais de gestão - predominantes entre grande parte dos municípios -, que coexistem no mesmo plano de restrição de recursos e de alta demanda assistencial, foi possível identificar a configuração de uma lógica reativa na utilização dos recursos das EPs em detrimento de ações estruturantes à saúde.

As estratégias têm se voltado à valorização de negociações políticas que muitas vezes trazem como retorno objetos não condizentes às necessidades locais ou que as supram de forma pontual. Ao se tratar de objetos, utiliza-se aqui sua conotação de forma ampliada, referindo-se aos recursos para estruturação, mas também aos de manutenção, como é o caso dos provenientes para o incremento PAP, que a partir de 2016 passou a figurar como a principal linha de alocação de recursos por EPs aos municípios (PIOLA; VIEIRA, 2019).

Entre os fatores que contribuíram para a maior expansão desses repasses, de custeio, de forma especial aos de incremento PAP, foi o a possibilidade de alocação de recursos de forma simplificada aos municípios do ponto de vista burocrático, ao não necessitarem de contrapartida técnica, como projetos ou mesmo maiores burocracias que representavam um entrave ao cumprimento das propostas (CNM, 2014). Com isso, tem-se minimizado problemas antes recorrentes da não efetivação das EPs relacionados a impedimentos técnicos, e por consequência frustravam os compromissos firmados entre os parlamentares e suas bases eleitorais.

Dados os devidos créditos a tais recursos como alternativa no custeio das ASPS e da APS, a característica das EPs de incremento acaba por favorecer ações pontuais em detrimento de ações programáticas. Entre as despesas que recaem e têm grande impacto no orçamento municipal da saúde estão as de natureza remuneratória, sejam elas decorrentes dos cargos em exercício, como servidores e empregados públicos ou funções de confiança, bem como dos diversos tipos de obrigações trabalhistas de responsabilidade do empregador (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Este é um dos maiores desafios encontrados pelos gestores municipais: garantir o provimento da força de trabalho de maneira suficiente dentro da limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF-Lei Complementar 101/00) (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Em descompasso, as EPs individuais de incremento, que têm representado relevância no financiamento da APS para muitos municípios e na maior parte são repassadas como Incremento ao PAP, têm vedada sua destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais (ROSA, 2023). Com isso, é possível que parte desses recursos tenham se destinado às contratações por meio de pessoa jurídica, direcionando essas receitas para as despesas com serviços de terceiros. Estudo realizado no estado do Paraná corrobora essa hipótese ao revelar que entre os anos

de 2015 a 2020, houve aumento expressivo - superior a 500% - do número de trabalhadores vinculados ao SUS na modalidade pessoa jurídica, fenômeno que ficou conhecido como 'pejotização' (MARQUES DA SILVA; CARVALHO; SANTINI, 2020). No entanto, são necessárias pesquisas que aprofundem a análise da destinação dos recursos recebidos por EP pelos municípios, para afirmar que, em alguma medida, as EPs tenham contribuído para a precarização das relações trabalho.

Neste sentido, a instabilidade e imprevisibilidade das EPs não contribui para a estruturação, ampliação ou mesmo manutenção de serviços próprios que tenham a lógica na da força de trabalho com vínculo protegido, característica fundamental que vai de encontro à consolidação de uma APS forte e robusta, como se idealiza.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sinalizaram efeitos significativos das EPs para o financiamento SUS, e da APS, seja no âmbito federal, repercutindo sobre a forma de transferências de recursos aos municípios, seja no âmbito municipal, implicando sobre a gestão orçamentária e financeira do sistema.

As análises das transferências federais por emendas parlamentares alocadas na APS aos municípios brasileiros entre os anos 2015 e 2022, possibilitaram identificar que as EPs, ao alocar maior volume de recursos para APS, inverteram o padrão de financiamento das transferências regulares do MS, onde a AE figura como a principal área de despesas federais para esses entes.

Também mostraram distorções de valores per capita considerando o porte municipal com favorecimento aos MPP em detrimento dos que possuem maior população. Tais achados encontraram maior explicação na capilaridade da APS em todo o território nacional, que atenderia aos interesses políticos sobre o estabelecimento de vínculos entre os parlamentares e suas bases eleitorais, tendo como grande foco os pequenos municípios. Não haveria, portanto, a prioridade em reduzir as iniquidades em saúde, desvirtuando a principal função das transferências federais aos entes subnacionais.

Observou-se também na etapa Nacional, que o padrão de crescimento do financiamento total da APS esteve vinculado à tendência de aumento dos repasses por EPs para área. Tal resultado suscita preocupações, considerando que ao reduzir a discricionariedade do MS sobre seu orçamento, essa forma de alocar recursos torna-se um desafio ao poder de coordenação e indução federal, características que contribuíram para expansão e consolidação dessa política estruturante do SUS.

Por meio da Avaliação da associação entre o recebimento de EP e gastos dos municípios, no período de 2015 a 2020 verificou-se a inexistência de correlação entre a alocação de recursos federais por EPs aos municípios para financiamento da APS e a despesa com recursos próprios em ASPs; e a associação entre a alocação de recursos federais por EPs para a APS com a redução da despesa por recursos próprios em APS. No caso destes achados, que por si só já apontaram implicações das EPs sobre a dinâmica da gestão orçamentária e financeira entre os municípios, encontrou-se grande apoio para melhor interpretação ao considerar também os

resultados da etapa qualitativa. Isso por quê: i) embora a relevância dos recursos por EPs sobre o orçamento dos municípios, que, como visto, foi maior entre os de pequeno porte populacional, esses não foram suficientes para incidir na necessidade de menores esforços para a sustentabilidade do sistema no âmbito municipal. ii) ao receber aporte financeiro para a APS, os municípios reduziram sua parcela de investimento de recursos próprios na área, priorizando outros gastos. Nestes casos, ainda que de alguma forma parecesse que as EPs estivessem contribuindo para dirimir a insuficiência de recursos para o SUS, é sabido, que dado seu caráter político, as necessidades em saúde não constam necessariamente como critério parlamentar para indicação desses recursos.

Como a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, ao realocarem recursos próprios para outras áreas, como a AE, tenderiam a investir em serviços terceirizados, comprometendo, com isso, as suas receitas da chamada fonte “livre”. Com isso, esses recursos, que poderiam ser utilizados para a expansão da estrutura própria na APS, acabam sendo absorvidos por serviços contratados na AE, possivelmente como resposta aos vazios assistenciais historicamente presentes nos pequenos municípios. Cabe destacar ainda, que as EPs não possuem a mesma amplitude aplicação que os recursos próprios, uma vez que, em sua maioria, não podem ser utilizadas para o custeio de despesas com pessoal, o que limita a efetividade desta forma de financiamento na consolidação de ações estruturantes e continuadas no âmbito municipal.

O estudo qualitativo que investigou o processo de captação e execução dos recursos federais provenientes de emendas parlamentares no âmbito da gestão local do SUS, sugeriu que: i) o processo de captação de recursos, fortemente marcado por relações políticas tende a interferir sobre a autonomia da gestão local do SUS na definição dos objetos tidos como prioritários; ii) há um desfavorecimento aos MGP frente a alocação de recursos por EPs. Além de menores valores proporcionais para as EPs da APS, esses municípios também estão sendo preteridos nas EPS da AE, em favor de instituições filantrópicas; iii) embora a capacidade instalada nos MPP não tenha implicações para a captação de recursos, esta característica se mostrou como uma fragilidade na execução das EPs, que diante dos processos mostraram tendência em se concentrar entre os secretários e contadores, muitas vezes com sobrecarga de responsabilidades; iv) os desafios quanto a execução dos recursos foram

relacionados às despesas de capital, como a necessidade de contrapartida, dificuldades com processos licitatórios e inexecução de objetos, que só não foram mais expressivos devido ao maior montante de EPs corresponder à modalidade custeio. v) frágil processo de monitoramento e fiscalização acerca dos recursos alocados aos municípios, devido ação limitada por parte dos CMS sobre o monitoramento e fiscalização das EPs. Denota-se com isso, a necessidade de investimentos na qualificação dos conselheiros, maior democratização das questões que envolvem o financiamento do SUS e o desenvolvimento de algum método que permita maior transparência quanto à utilização dos recursos, sem, no entanto, burocratizar os processos junto aos municípios, aumentando a sobrecarga de responsabilidades desses entes. vi) espaços de governança subutilizados para o planejamento regional acerca dos recursos provenientes das EPs.

Diante do que foi exposto, considera-se não ser equivocada a interpretação de que a percepção favorável dos gestores frente as EPs estariam mais relacionadas à estas suprirem à escassez de recursos do que de fato atenderem às demandas municipais.

Quanto às limitações do estudo, como citado no método, a maior parte diz respeito aos sistemas de informação, sendo duas relacionadas ao SIOPS: a primeira, se deve ao seu caráter auto informativo; e o segundo, a estimação do gasto próprio dos municípios em APS, utilizada como variável dependente, em que não foi possível deduzir a parcela de transferência do estado para esses entes, por dificuldades metodológicas envolvendo a disponibilidade de dados no sistema. Contudo, é provável que o impacto dessa situação sobre os resultados seja pequeno, na medida em que a participação dos estados no financiamento da APS é baixa. Na média do período de 2015 a 2019, foi de 7,4% da atenção curativa ambulatorial básica (BRASIL, 2022), e, parte dos recursos alocados, é executada diretamente pelos estados e não na modalidade de transferência aos municípios.

Além disso, devido à falta de transparência na alocação de recursos por EPs, sobretudo as de bancada e relatoria, não foi possível que fossem identificados todos os municípios beneficiados por esses recursos nos anos de 2015 e 2016. Também se verificou que a execução de despesas na modalidade de transferência a municípios teve como favorecido a Diretoria Executiva do FNS implicando sobre o mesmo problema de identificação para os anos de 2016, 2017 e 2020.

Em relação ao modelo estatístico adotado, consideram-se como limitações a inclusão de uma variável de ajuste invariante ao longo do tempo (unidade federativa), ausência de um modelo teórico que pudesse direcionar a inclusão de mais variáveis de ajustes às análises, e a eventual disponibilidade destes dados.

No que se refere a etapa qualitativa, a limitação identificada disse respeito ao período da etapa de campo, em que as entrevistas ocorreram há menos de 2 anos da nova gestão, e ainda no contexto recente da pandemia pela COVID-19.

No entanto, tais limitações não comprometem a relevância deste trabalho, cujos resultados confirmam que, após a aprovação das regras de impositividade para execução orçamentária, houve um aumento expressivo dos repasses por EPs sobre o montante de recursos financeiros transferidos da União e esse fato trouxe efeitos à gestão orçamentária e financeira do SUS no âmbito municipal.

8 REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Revista Dados**, v. 31, n. 1, p. 5–34, 1988.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, p. 41–67. 2005.

ABRUCIO, F. L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**, n. 134, p. 127–142. 2022.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB**, v. 51, p. 13-34. 2001.

AMES, B. **Os entraves da democracia no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

ANDRADE, S. K. A. V. **Ação coletiva e cooperação: por uma nova regionalização no SUS**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953–963, mar. 2017.

ARRETCHE, M. Federalismo e democracia no Brasil: a visão da ciência política norte-americana. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 23–31, dez. 2001.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Em Perspectiva**, v. 18, n. 2, 17–26 jun. 2004.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Fiocruz, 2012. 232 p.

ARRETCHE, M.; RODDEN, J. Política distributiva na Federação: estratégias eleitorais, barganhas legislativas e coalizões de governo. **Dados**, v. 47, p. 549–576, 2004.

ASSIS, M.M.A.; VILLA T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. v.11, n. 3. p. 376–82. mai, 2003.

ABRAJI. **Abraji consegue liminar no STF para dar transparência às emendas Pix do Congresso**. São Paulo: Abraji, 2024. Disponível em: <https://abraji.org.br/noticias/abraji-consegue-liminar-no-stf-para-dar-transparencia-as-emendas-pix-do-congresso>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; DE OLIVEIRA, V. E. 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, 2020.

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, 2012.

BARATA, M. S. **Formas de Federalismo e o Tratado de Lisboa - Confederação, Federação e Integração Europeia**. Leya, 2023.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. Em: **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016.

ANSILIERO, G; VAZ, F. M.; SILVA FILHO, G. A.; RANGEL, L. A.; COSTANZI, R. N. **Beneficiômetro da Seguridade Social : um panorama da previdência social brasileira a partir de indicadores clássicos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

BRANDÃO, F. **Estados grandes e pequenos disputam divisão de emendas de bancada ao Orçamento - Notícias**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/816834-estados-grandes-e-pequenos-disputam-divisao-de-emendas-de-bancada-ao-orcamento/>>. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Carga tributária no Brasil: 2022**. Brasília: RFB, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos/carga-tributaria/carga-tributaria-no-brasil-2022>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional : conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. – Brasília: IPEA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde**. p. 107–107, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 1, de 2 de junho de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. **Nota Técnica nº 1/2023 – Execução Orçamentária de 2023**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/NT1_2023.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério apresenta novas regras de financiamento para melhorar atendimento da Atenção Primária nos municípios**. Portal Gov.br, 4 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-apresenta-novas-regras-de-financiamento-para-melhorar-atendimento-da-atencao-primaria-nos-municipios>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária. **Novo Modelo de Cofinanciamento Federal da APS : FAQ [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 16 p. : il

BRASIL. Senado Federal. **Subsídios à apreciação do Projeto de Lei Orçamentária anual para 2025 (PLOA 2025) Nota Técnica Conjunta**. Brasília, 2025. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/notas-tecnicas-e-informativos/ploa-2025_notatecnicaconjunta.pdf Acesso em: 20 f. 2025.

CARNEIRO, T. S. G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 429–439, 2014.

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**, v. 45, p. 467–480. 2021.

CARVALHO, M. **Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais**. Monografia (Especialização em Orçamento Público) – Instituto Serzedello Corrêa, Tribunal de Contas da União; Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Câmara dos Deputados, Brasília, DF. 2007.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Em: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 73–93.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 693–705, abr. 2010.

CAVALCANTE, A. A.; MAGDALENA, P. C.; MORIGUCHI, C. S. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210866pt, 13 mar. 2023.

CINTRA, A. O.; LEMOS, L. B.; LACOMBE, A. R. V. P. O Poder Legislativo na Nova

República: a visão da Ciência Política. In: AVELAR, L. A.; CINTRA, A. O. (orgs.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung; São Paulo: Editora Unesp, 2015.

CLEGG, L. X. et al. Estimating average annual per cent change in trend analysis. **Statistics in Medicine**, v. 28, n. 29, p. 3670–3682, 20 dez. 2009.

COUTO, C. G. **Sistema de governo e políticas públicas**. Enap, 2019.

FERNANDES, A. S. A. **Ciclo orçamentário brasileiro**. Enap, 2019.

FRANZESE, C. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. Editora Intrínseca, 2023.

FUNCIA, F. Orçamento Federal x Direito à Saúde. **Pesquisa & Debate Revista do Programa de Pós-Graduação em Economia Política**, v. 34, n. 1(61), p. 123–136, 16 dez. 2022.

GADELHA, S. R. de B. **Introdução ao federalismo e ao federalismo fiscal no Brasil**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2018.

GIACOMETTI, L. C. T. F.; CARVALHO, B. G.; MARQUES, J. F. S.; MENDONÇA, F. de F. Financiamento do Sistema Único De Saúde e a Gestão Orçamentária de Municípios do Norte do Paraná. **Observatório de la Economía Latinoamericana**. v. 21, n. 10, p. 15933–15954, 2023.

GIACOMONI, J. **Orçamento governamental: teoria, sistema, processo**. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOIA, T. B. et al. Análise espaço-temporal da leishmaniose tegumentar no estado de Goiás. **Geoconexões online**, v. 4, n. 2, p. 17–32, 16 mar. 2024.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475–1482, 6 abr. 2020.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, G. M.; DOWELL, M. C. M. Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: O que É Mau para o Econômico nem sempre é Bom para o Social. 29 p. (Texto para Discussão, n. 706). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2000.

GOMES, J. F. DE F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1199–1213, 2021.

GRIN, E. J. **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS, 2021.

HANDFAS, A. **Desafios da LC 210/2024 para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/ponto-de-vista/2024/12/19/desafios-da-lc-210-2024-para-o-fortalecimento-do-sistema-unico-de-saude> Acesso em: 20 fev. 2025.

IPEA. **Beneficiômetro da Seguridade Social**. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro>. Acesso em: 21 fev. 2024.

JACCOUD, L. **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea; 2020.

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 2006. 416 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

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

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. **Regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes de Desafios**. In: Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. Scatena, J.H.G.; Kehrig, R.T.; Spinelli, M.A. dos S., organizadores. 1. HUCITEC. p. 21–46. 2014.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento Legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. **Dados**, v. 48, p. 737–776, dez. 2005.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. C. A crise atual e o debate institucional. **Novos estudos CEBRAP**, v. 36, p. 79–97, nov. 2017.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. DE F. M. DE. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 1 jan. 2006.

MALTA, D. C. et. al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cienc Saude Colet.**; v.21 n. 2, p. 327-38. fev. 2016.

MARQUES DA SILVA, J. F.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 326–339, 21 dez. 2020.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 345–362, ago. 2012.

MAZZA, F. F.; MENDES, Á. N. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde

pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 3, p. 42–65, 28 fev. 2014.

MEDEIROS, K. R.; et al. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1759–1769, jun. 2017.

MEDINA, S. A.; et al. Alocação das emendas parlamentares individuais: Correção de assimetria em saúde ou ganho político? **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 29, p. 98–125, 21 abr. 2023.

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ipea, 2011.

MENDES, M.; DIAS, F. A. C. **A PEC do orçamento impositivo**. Textos para discussão n.149. Brasília: Senado Federal: 2014.

MENDES, Á. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2017.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 224–243. 2018.

MENDONÇA, F. de F. et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30. 2023.

MENEZES, D. C.; PEDERIVA, J. H. Orçamento Impositivo: Elementos para Discussão. **Administração Pública E Gestão Social**, v.7 n. 4, 178–186. 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11–24, mar. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. et al. **Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 12 p. (Nota Técnica, n. 109). 2023.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, p. 1085–1103. 2017.

PADILHA, A. et al. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4509–4518, 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819–1829, nov. 2007.

PAIVA, A. B. D.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Estud CEBRAP**, v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017.

PAIVA, A. B. DE; GONZALEZ, R. H. S.; BENEVIDES, R. P. de S. E. **Instrumentos Financeiros de Coordenação no SUS**. In: Jaccoud L, organizadores. Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras. Brasília: Ipea; 2020. p. 149-182.

PEREIRA, A. M. M. **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2022.

PEREIRA, B. L. S.; FALEIROS, D. R. **Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS para o debate**. Brasília, DF: CONASEMS. p. 101. 2019.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. Comportamento Estratégico em Presidencialismo de Coalizão: As Relações entre Executivo e Legislativo na Elaboração do Orçamento Brasileiro. **Dados**, v. 45, p. 265–301, 2002.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1619–1628. 2020.

PINTO, A. H. **Artigo: Análise do Financiamento da Política Nacional de Atenção Básica de 1996 a 2017**. Héider Pinto - Blog, 18 ago. 2018. Disponível em: <https://blogdohp.blogspot.com/2018/08/analise-do-financiamento-da-politica.html>. Acesso em: 12 abr. 2023.

PINTO, E. G. **Estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Textos para Debate).

PINTO, E. G. **Financiamento dos Direitos à Saúde e à Educação**. Reimpressão ed. Belo Horizonte: Forum. v. 1. 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358–372, out. 2014.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

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. Texto para discussão. Brasília: Ipea, 2017.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. S.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e funcionamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS-Brasil, 2016.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília: Ipea, 2018. 46 p.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. [Texto para discussão; n. 2497] Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

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

PIRES, V. Municipalismo no Brasil: origens, avanços pós-1988 e desafios atuais. **Cadernos ADENAUER XVII**, 3, 125-146. 2016.

ROSA, E. M. **Economia política da saúde e o financiamento dos sistemas universais de saúde contemporâneos à luz do pensamento de Paul Singer**. Universidade de São Paulo. 2023.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043–2050. 2018.

SANTOS, N. C. B.; GASPARINI, C. E. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 339–396, 11 maio 2020.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, dez. 2001.

SERVO, L. M. S.; et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 114–129, 2020.

SHIMIZU, H. E.; et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2275–2284, ago. 2013.

SILVA, A. S. **As emendas parlamentares ao orçamento da União: implicações para o financiamento e a gestão municipal do Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado. 2024.

SILVA, A. S.; et al. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p., 1 jul. 2024.

SOARES, M. M. Federação, democracia e instituições políticas. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 137–163, 1998.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. 113 p.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo

decisório, conflitos e alianças. **Dados**, v. 44, p. 513–560, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 431–442, 2002.

SOUZA, C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. **Dados**, v. 46, p. 345–384, 2003.

SOUZA, C. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 65, p. 27–48, 10 jan. 2008.

SOUZA, C. Os municípios foram os grandes vencedores da cadeia federativa a partir da Constituição de 1988. **Revista do Serviço Público**, v. 62, n. 4, p. 473–479, 2011.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Decisões do STF reforçam transparência na destinação de emendas**. Brasília: STF, 2024. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/decisoes-do-stf-reforcam-transparencia-na-destinacao-de-emendas-parlamentares/>. Acesso em: 24 dez. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Relator homologa plano para dar transparência a emendas ao Orçamento da União**. Brasília: STF, 26 fev. 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/relator-homologa-plano-para-dar-transparencia-a-emendas-ao-orcamento-da-uniao/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, v. 42, p. 197–251, 1999.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 417–437, 2003.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 807–817, jun. 2009.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1565–1577, out. 2009.

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, Rio de Janeiro: Ipea; 2022.

VIEIRA, F. S. et al. Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 8 jun. 2022.

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. 123, 6 jan. 2023.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. Restos a pagar de despesas com ações e serviços

públicos de saúde da união: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea

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. <http://www.ipea.gov.br>, out. 2019.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A - ARTIGO PUBLICADO

Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde

Effects of parliamentary amendments on municipal financing of primary health care in the Brazilian Unified National Health System

Efectos de las enmiendas parlamentarias sobre el financiamiento municipal de la atención primaria de salud del Sistema Único de Salud brasileño

Karla Giovana Bavaresco Ulinski ¹
Brigida Gimenez Carvalho ¹
Fabiola Sulpino Vieira ²
Renne Rodrigues ¹
Luciana Dias de Lima ³

doi: 10.1590/0102-311XPT007323

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar os efeitos da ampliação do repasse federal de emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2015 a 2020. Foi realizado estudo longitudinal com dados secundários de transferências por emendas parlamentares do Ministério da Saúde e de despesas com recursos próprios dos municípios, aplicadas em ações e serviços públicos de saúde e na APS. O efeito do repasse de emendas parlamentares no financiamento municipal foi verificado de forma estratificada por porte populacional dos municípios, por meio de modelos de equações de estimativas generalizadas. O repasse de emendas parlamentares para a APS apresentou grande discrepância de valores per capita entre os municípios de diferentes portes populacionais. Observou-se inexistência de correlação com a despesa municipal em ações e serviços públicos de saúde nos municípios com mais de 10 mil habitantes e associação inversa com a despesa em APS ($p < 0,050$) em todos os grupos. Conclui-se que o aumento do repasse de emendas parlamentares pelo Ministério da Saúde favoreceu a redução da alocação de receitas municipais com APS, que podem ter sido direcionadas para outras finalidades de gasto no SUS. Tais mudanças parecem refletir prioridades estabelecidas para a despesa orçamentária dos municípios, que repercutem sobre as condições locais para a garantia da estabilidade do financiamento da APS no Brasil.

Financiamento da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gastos em Saúde; Alocação de Recursos; Sistema Único de Saúde

Correspondência

K. G. B. Ulinski
Universidade Estadual de Londrina,
Av. Robert Koch 60, Londrina, PR 86039-440, Brasil.
karlaulinski@gmail.com

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Introdução

O financiamento insuficiente do Sistema Único de Saúde (SUS) é apontado como um dos maiores obstáculos à garantia do direito à saúde no Brasil nos termos da *Constituição Federal* de 1988^{1,2}. Os esforços das entidades e dos movimentos sociais em defesa do financiamento adequado da saúde, junto ao Congresso Nacional, conquistaram a vinculação de recursos, determinando que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios realizem gastos mínimos em saúde³. Durante os anos 2000, a vigência da vinculação orçamentária contribuiu para a estabilização da participação do gasto federal no produto interno bruto (PIB) e para o crescimento do aporte de recursos dos estados e, especialmente, dos municípios no financiamento do SUS^{4,5,6}. Contudo, a vinculação não foi suficiente para assegurar o financiamento do acesso aos bens e serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral em todo o país⁷.

Nos últimos anos, as limitações para o financiamento do SUS se intensificaram em decorrência das crises econômica e política do período de 2014 a 2016, com o fortalecimento da agenda neoliberal no Governo Federal, resultando na implementação de políticas drásticas de austeridade fiscal a partir de 2016^{8,9}. Nesse contexto, a insatisfação do Congresso Nacional quanto à execução orçamentária e financeira de emendas parlamentares pela União culminou na aprovação do orçamento impositivo. Inicialmente por força da *Lei de Diretrizes Orçamentárias* de 2014 e, nos anos subsequentes, por determinação da *Emenda Constitucional nº 86/2015* (EC 86), a execução das emendas individuais passou a ser obrigatória pelo Executivo Federal, salvo os casos com impedimentos de ordem técnica¹⁰. Posteriormente, a *Emenda Constitucional nº 100/2019* (EC 100) estendeu essa compulsoriedade para as emendas de bancada estaduais¹¹.

A EC 86 estabeleceu que metade do limite das emendas individuais deve ser alocado ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde, o que corresponde a 0,6% da receita corrente líquida da União. Com isso, o Ministério da Saúde passou a autorizar a execução de emendas parlamentares para o custeio da atenção primária e de média e alta complexidade, por meio do incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) e do incremento do teto de média e alta complexidade, respectivamente¹⁰. Além disso, no ano de 2022, com a aprovação da *Emenda Constitucional nº 126/2022* (EC 126), uma nova alteração do limite para a execução de emendas individuais ampliou a alocação desses recursos para a saúde, passando a ser de 1% sobre a receita corrente líquida¹².

Tais medidas aumentaram ainda mais a complexidade do financiamento do SUS, tendo em vista que a atuação parlamentar passou a ter uma relevância maior na destinação dos recursos federais, em meio à severa restrição orçamentária imposta ao Ministério da Saúde com o congelamento de sua aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pela *Emenda Constitucional nº 95/2016* (EC 95) (teto de gastos)¹³. Ademais, além do crescimento da execução de despesas por emendas parlamentares impositivas, o Ministério da Saúde expandiu a execução de despesas por emendas parlamentares de relator, que não são obrigatórias, ampliando significativamente o espaço das emendas nos recursos federais alocados para a saúde pública¹⁰.

No Brasil, a participação das emendas parlamentares no orçamento federal é tratada, na literatura científica, com abordagens e enfoques distintos. Parte dos trabalhos concentram-se nos anos 2000 e estão direcionados para a compreensão da dinâmica das relações entre Executivo e Legislativo e suas repercussões para as políticas públicas. Com esse propósito, alguns autores enfatizam as emendas parlamentares como instrumento clientelista utilizado pelos parlamentares com fins eleitorais, o que contribuiu para a iniquidade na alocação de recursos públicos^{14,15}. Entretanto, outros estudos procuram refutar esse argumento. Por um lado, destacam a força do Executivo no direcionamento das emendas parlamentares e a atuação disciplinada dos legisladores para apoiar e fortalecer iniciativas coletivas e programas implementados pelo governo^{16,17,18}. Por outro, tem importância como meio para conciliar interesses nacionais e locais, possibilitando diminuir a iniquidade decorrente das regras da partilha fiscal entre os diferentes entes da Federação¹⁹.

Embora pesquisas voltadas especificamente para a análise da atuação do Legislativo no financiamento da saúde tenham sido desenvolvidas ainda no início de 2010²⁰, elas se ampliaram a partir de 2015, no contexto do orçamento impositivo. Isso porque a obrigatoriedade da execução de emendas parlamentares pelo Executivo Federal tende a interferir no processo de coordenação da implantação do SUS, fortemente ancorado nos mecanismos de transferência de recursos programáticos do Minis-

tério da Saúde para os municípios²¹. Essa forma de repasse, instituída e ampliada a partir da segunda metade dos anos 1990, favoreceu a adoção de parâmetros nacionais de políticas específicas e contribuiu, embora com limitações, para a redução das desigualdades regionais no país²².

O aumento da participação das emendas parlamentares no financiamento da saúde suscitou preocupações com o desinvestimento em políticas estruturantes do SUS^{22,23}, com a baixa qualidade, a adequação do gasto público às necessidades locais^{24,25} e as distorções da alocação de recursos federais sob a ótica da equidade²⁶.

Visando contribuir com esse debate, este artigo busca analisar os efeitos da ampliação do repasse federal de emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária do SUS, no período de 2015 a 2020. A justificativa para esse recorte está ancorada na relevância da participação do gasto municipal para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde e da atenção primária à saúde (APS).

De 2004 a 2017, o percentual médio de aplicação do conjunto de municípios em todos os estados da Federação superou os 15% de recursos próprios (somatório do gasto financiado por receitas de impostos diretamente arrecadadas e por transferências constitucionais e legais), que devem ser alocados ao SUS³. Destaca-se que a APS é uma das principais áreas de gasto municipal em saúde²⁷. A regulação e a destinação programática de recursos federais para a APS²⁸, associadas à pressão da demanda por ampliação da cobertura de serviços²⁹, contribuíram para a descentralização e para o maior esforço de alocação de receitas pelos municípios, para além do mínimo obrigatório para a saúde.

Neste estudo, procuramos investigar se a ampliação dos repasses federais por emendas parlamentares favoreceu a redução da alocação de recursos próprios pelos municípios para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde e APS, além de discutir o significado e as consequências das mudanças orçamentárias observadas para o SUS.

Método

Trata-se de um estudo longitudinal e quantitativo, desenvolvido no âmbito de um projeto multicêntrico, aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE: 30675420.6.0000.5240).

Dados secundários de execução de despesas em saúde do Ministério da Saúde e dos municípios foram utilizados na investigação da associação entre as transferências de recursos federais por emendas parlamentares e a despesa municipal em ações e serviços públicos de saúde e APS.

O trabalho se baseia na teoria moderna do orçamento público, que o define como instrumento de gestão de natureza diversa: expressa escolha de agentes políticos; envolve alocação de recursos financeiros; constitui um plano de aplicação; e traduz uma lei^{30,31}. Por meio da análise do orçamento, é possível verificar prioridades governamentais e políticas e suas consequências para o financiamento e a gestão de políticas públicas.

Características do estudo e variáveis

Foram analisados dados de transferência federal por emendas parlamentares e de despesa com ações e serviços públicos de saúde e APS dos 5.568 municípios brasileiros no período de 2015 a 2020, incluídos na base de dados construída para o projeto. Fernando de Noronha e Brasília não foram incluídos porque, embora constem da base de dados de repasses do Ministério da Saúde, não são municípios e, portanto, não estão obrigados à realização de gasto mínimo em saúde nos termos da *Constituição Federal* de 1988 para a esfera municipal³².

Os métodos para estimação dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde por emendas parlamentares foram descritos por Vieira³³ e, para a despesa total dos municípios em APS, por Vieira et al.³⁴. Do gasto total em APS de cada município, deduziu-se o valor transferido pelo Ministério da Saúde para essa área, obtido dos arquivos de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a fim de estimar a despesa própria do ente.

Os municípios foram agrupados em sete grupos, segundo o número de habitantes em 2015: 1 (até 5.000), 2 (de 5.001 a 10.000), 3 (de 10.001 a 20.000), 4 (de 20.001 a 50.000), 5 (de 50.001 a 100.000), 6 (de 100.001 a 500.000) e 7 (mais de 500.000) ³².

Como variáveis independentes, utilizaram-se os valores *per capita* alocados aos municípios brasileiros por meio de emendas parlamentares para a APS e de emendas parlamentares para incremento do PAB. Já as variáveis dependentes foram a despesa *per capita* em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios e a despesa municipal *per capita* com recursos próprios para APS (Quadro 1).

Análise dos dados

Os recursos financeiros (emendas e gastos) foram padronizados por meio da divisão pela população dos municípios, gerando valores *per capita* que foram corrigidos pela inflação oficial do período (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) para preços médios de 2020. As variáveis dependentes e independentes foram analisadas de forma descritiva, por meio da média e desvio padrão (DP), segundo o porte populacional dos municípios e o ano. Posteriormente, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para a análise da normalidade e, para dados não normais, o teste de Kruskal-Wallis para identificar possíveis diferenças entre os grupos.

A análise da associação entre as variáveis independentes e dependentes se deu por meio de modelos de equações de estimativa generalizada (GEE) para medidas repetidas relacionadas, com estimativa do coeficiente beta (β) e intervalo de 95% de confiança (IC95%). Foram utilizados os seguintes

Quadro 1

Descrição das variáveis dependentes e independentes.

VARIÁVEL	NOME DO INDICADOR	DESCRIÇÃO	FORMA DE CÁLCULO	FONTE
Independente	Emendas parlamentares para APS	Despesa total liquidada pelo Ministério da Saúde em APS por emenda parlamentar, tendo o município como favorecido	Soma das despesas liquidadas em emenda parlamentar destinadas à APS (recursos de estruturação e custeio) nos anos de 2015 a 2020 *	Siga Brasil
	Emendas parlamentares para incremento do PAB	Despesa paga pelo Ministério da Saúde por emenda parlamentar para incremento do PAB, tendo como favorecido o município	Soma das despesas pagas pelo Ministério da Saúde para incremento do PAB (recursos de custeio) por emenda parlamentar nos anos de 2015 a 2020 *	Siga Brasil
Dependente	Despesa <i>per capita</i> em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios	Despesa do município em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios por habitante	Gasto informado pelo município em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios divididos por sua população no ano de referência **	SIOPS
	Despesa <i>per capita</i> em APS com recursos próprios	Despesa do município em APS com recursos próprios por habitante	Despesa liquidada do município em APS ***, subtraída do valor líquido repassado, do FNS para os Fundos Municipais de Saúde no custeio da APS, dividida pela população do município # nos anos de 2015 a 2020	SIOPS/FNS

APS: atenção primária à saúde; FNS: Fundo Nacional de Saúde; PAB: Piso da Atenção Básica; SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

* Vieira ³³;

** SIOPS (Ministério da Saúde ⁵⁶);

*** Vieira et al. ³⁴;

Arquivos de repasse do FNS (Ministério da Saúde ⁵⁷) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ^{58,59}.

parâmetros: distribuição normal da variável dependente, linear, matriz não estruturada e variância robusta^{35,36,37,38}. As análises foram realizadas de forma estratificada por porte do município e ajustadas, em modelo multivariado, para a obtenção do beta ajustado (β_{aj})^{35,36,37}, pelas variáveis: Unidade Federativa (UF); emendas; despesa liquidada *per capita* em APS; incremento do PAB; e um termo de interação entre as emendas (atenção básica liquidada e incremento do PAB). Além do cálculo empregado em todo o período de análise (2015 a 2020), foi realizado teste de sensibilidade com os dados referentes ao período de 2015 a 2019, ou seja, desconsiderando os dados do primeiro ano da pandemia de COVID-19. As análises foram realizadas com o suporte do programa SPSS, versão 25 (<https://www.ibm.com/>).

Resultados

De acordo com a população estimada para 2015, os municípios estavam distribuídos conforme os portes: 1 (n = 1.236, 22,3%), 2 (n = 1.214, 21,8%), 3 (n = 1.374, 24,7%), 4 (n = 1.090, 19,6%), 5 (n = 351, 6,3%), 6 (n = 263, 4,7%) e 7 (n = 40, 0,7%). Do total de 5.568 municípios, 68,3% se enquadram nos grupos 1 a 3, com população inferior a 20 mil habitantes.

A Tabela 1 detalha os gastos com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde e APS, além dos repasses por emendas parlamentares (para APS e incremento do PAB *per capita*) recebidos pelos municípios brasileiros do período de 2015 a 2020, estratificados por porte populacional e ano.

No período avaliado, as despesas com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde não sofreram grandes variações, independentemente do porte municipal, tanto em percentual como em valores *per capita*, exceto o gasto em APS *per capita*, que apresentou tendência de queda no período (2015 a 2019), voltando a crescer em 2020.

Ao analisar as despesas com saúde, com foco no porte populacional (Tabela 1), observa-se que quanto maior o porte dos municípios, maior o percentual de recursos próprios alocados às ações e serviços públicos de saúde durante todo o período. No entanto, as despesas com recursos próprios em APS apresentaram um comportamento invertido, no qual municípios menores foram os que mais gastaram. Tiveram destaque aqueles com até 5 mil habitantes (porte 1), com gasto *per capita* médio em APS até 4,4 vezes superior ao dos municípios com mais de 500 mil habitantes (porte 7). Nos municípios do porte 1, o gasto *per capita* em APS, correspondeu a um valor bem próximo ao gasto *per capita* em ações e serviços públicos de saúde, diferentemente do que aconteceu para o grupo dos maiores

Tabela 1

Despesas com saúde e emendas recebidas por municípios brasileiros, segundo ano e porte dos municípios (2015-2020).

Municípios (porte)	Total Média (DP)	2015 Média (DP)	2016 Média (DP)	2017 Média (DP)	2018 Média (DP)	2019 Média (DP)	2020 Média (DP)	Valor de p *
Despesa com recursos próprios em saúde ** (em %)								
Total	22,10 (4,99)	22,00 (4,84)	21,64 (5,00)	22,82 (4,99)	21,69 (4,94)	21,67 (4,78)	22,78 (5,23)	< 0,001
1	20,75 (3,89)	20,52 (3,65)	20,12 (3,68)	21,48 (4,01)	20,35 (3,79)	20,45 (3,63)	21,57 (4,39)	< 0,001
2	21,68 (4,63)	21,50 (4,56)	21,17 (4,54)	22,40 (4,65)	21,38 (4,58)	21,37 (4,43)	22,36 (4,90)	< 0,001
3	22,45 (5,07)	22,29 (4,85)	21,92 (4,93)	23,21 (5,10)	21,98 (5,04)	22,03 (4,88)	23,27 (5,29)	< 0,001
4	22,61 (5,37)	22,71 (5,18)	22,14 (5,39)	23,37 (5,38)	22,13 (5,45)	21,98 (5,24)	23,17 (5,51)	< 0,001
5	23,52 (5,55)	23,61 (5,62)	23,48 (5,85)	24,19 (5,32)	23,09 (5,54)	22,94 (5,30)	23,82 (5,58)	0,028
6	24,13 (5,95)	24,18 (5,83)	24,34 (6,81)	24,62 (5,95)	23,67 (5,97)	23,62 (5,95)	24,54 (6,46)	0,221
7	25,01 (6,55)	25,05 (5,31)	25,71 (5,39)	25,39 (5,42)	24,31 (4,86)	23,90 (5,17)	25,11 (6,15)	0,568

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Municípios (porte)	Total Média (DP)	2015 Média (DP)	2016 Média (DP)	2017 Média (DP)	2018 Média (DP)	2019 Média (DP)	2020 Média (DP)	Valor de p *
Despesa com recursos próprios em saúde ** (em R\$ per capita)								
Total	568,14 (364,15)	555,21 (355,88)	548,69 (348,61)	562,15 (352,96)	558,87 (358,38)	587,65 (379,99)	596,40 (385,26)	< 0,001
1	947,86 (403,64)	912,46 (372,22)	905,72 (365,62)	935,85 (390,31)	935,76 (403,11)	991,38 (431,12)	1.007,17 (444,26)	< 0,001
2	542,78 (261,93)	530,62 (259,03)	529,01 (259,18)	543,08 (258,16)	539,89 (262,90)	567,65 (276,39)	576,10 (283,33)	< 0,001
3	441,75 (240,17)	436,44 (267,06)	429,05 (243,58)	438,39 (225,24)	431,16 (228,38)	454,54 (236,65)	458,17 (221,91)	< 0,001
4	398,94 (247,87)	396,88 (262,79)	385,52 (245,74)	393,76 (238,49)	389,42 (237,65)	403,86 (245,79)	411,85 (248,31)	0,031
5	402,50 (271,36)	404,48 (305,14)	397,31 (309,79)	401,35 (296,67)	401,55 (298,37)	413,85 (300,85)	419,47 (302,75)	0,775
6	476,79 (354,96)	473,41 (339,00)	461,79 (337,41)	460,00 (298,74)	462,89 (300,21)	482,39 (330,28)	486,16 (331,59)	0,751
7	511,92 (216,75)	516,62 (209,03)	514,91 (211,85)	515,77 (218,59)	505,23 (206,71)	517,09 (219,19)	527,91 (235,92)	1,000
Despesa com recursos próprios em APS (em R\$ per capita)								
Total	437,84 (378,56)	450,31 (359,24)	445,18 (358,58)	429,75 (358,32)	415,64 (383,91)	413,94 (395,85)	472,62 (409,22)	< 0,001
1	836,66 (469,22)	831,59 (419,81)	825,76 (422,33)	810,20 (437,90)	820,55 (485,13)	834,62 (509,67)	906,55 (521,76)	0,001
2	444,90 (279,82)	455,41 (261,95)	458,07 (270,11)	435,09 (270,39)	420,57 (292,73)	421,29 (287,93)	494,64 (300,89)	< 0,001
3	320,03 (232,74)	339,71 (240,28)	331,67 (229,82)	316,62 (222,17)	296,69 (235,38)	288,91 (233,80)	346,54 (232,69)	< 0,001
4	254,97 (213,29)	277,23 (227,02)	266,25 (207,33)	256,48 (204,49)	226,34 (194,98)	217,79 (204,16)	266,81 (211,35)	< 0,001
5	224,58 (173,55)	246,29 (193,45)	236,66 (176,16)	231,29 (174,13)	212,14 (178,15)	198,19 (166,68)	224,91 (165,11)	< 0,001
6	219,19 (189,38)	239,40 (198,46)	239,21 (233,23)	226,67 (180,48)	201,80 (161,82)	192,39 (157,91)	208,29 (171,54)	0,005
7	190,43 (132,04)	206,78 (146,72)	199,04 (144,11)	195,94 (132,29)	190,12 (131,54)	181,92 (130,62)	188,61 (125,61)	0,986
Emendas para APS (em R\$ per capita)								
Total	40,04 (55,87)	0,00 (0,03)	14,88 (29,40)	34,26 (47,96)	71,26 (67,81)	70,91 (58,66)	48,88 (56,99)	< 0,001
1	67,55 (77,06)	0,00 (0,00)	26,46 (45,29)	62,36 (63,31)	122,02 (84,11)	106,57 (72,01)	87,36 (78,33)	< 0,001
2	47,75 (56,23)	0,00 (0,03)	17,54 (28,78)	42,16 (49,78)	85,54 (61,18)	82,02 (56,39)	59,56 (54,06)	< 0,001
3	35,21 (44,58)	0,00 (0,00)	12,63 (21,45)	28,17 (37,09)	62,59 (51,79)	66,71 (49,62)	40,83 (39,33)	< 0,001
4	24,08 (34,84)	0,00 (0,03)	8,25 (16,19)	17,66 (29,05)	41,76 (41,09)	50,52 (41,66)	26,22 (30,99)	< 0,001
5	13,89 (23,44)	0,00 (0,02)	4,56 (8,69)	9,41 (18,43)	21,93 (26,55)	32,65 (30,75)	13,08 (19,69)	< 0,001
6	7,78 (14,61)	0,00 (0,07)	3,14 (6,85)	4,54 (10,29)	10,49 (15,01)	18,82 (20,31)	8,49 (14,70)	< 0,001
7	4,05 (9,14)	0,00 (0,00)	0,87 (1,34)	1,58 (3,96)	3,77 (9,26)	10,48 (13,57)	3,07 (5,12)	< 0,001
Emendas para incremento do PAB (em R\$ per capita)								
Total	28,64 (45,93)	0,00 (0,02)	10,42 (25,08)	34,26 (47,96)	58,97 (59,64)	24,97 (34,22)	43,27 (51,66)	< 0,001
1	46,37 (63,48)	0,00 (0,00)	17,91 (37,69)	62,36 (63,31)	96,27 (72,94)	26,60 (40,52)	75,35 (70,64)	< 0,001
2	34,89 (48,34)	0,00 (0,03)	12,81 (25,67)	42,16 (49,78)	71,98 (58,23)	27,91 (36,37)	53,56 (50,09)	< 0,001
3	25,89 (37,47)	0,00 (0,00)	9,07 (19,47)	28,17 (37,09)	53,53 (47,99)	27,91 (33,38)	36,79 (36,89)	< 0,001
4	17,76 (29,59)	0,00 (0,00)	5,80 (14,99)	17,66 (29,05)	36,00 (40,41)	23,56 (29,98)	23,63 (29,71)	< 0,001
5	10,08 (19,57)	0,00 (0,02)	2,59 (7,71)	9,41 (18,43)	19,27 (26,27)	15,99 (22,86)	12,01 (19,21)	< 0,001
6	5,41 (11,88)	0,00 (0,07)	2,08 (6,08)	4,54 (10,29)	8,85 (14,92)	8,96 (14,05)	7,43 (13,56)	< 0,001
7	2,86 (7,52)	0,00 (0,00)	0,45 (1,22)	1,58 (3,96)	3,30 (9,09)	6,43 (11,18)	2,17 (3,58)	< 0,001

APS: atenção primária à saúde; DP: desvio padrão; PAB: Piso da Atenção Básica.

* Teste de Kruskal-Wallis;

** De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012⁶⁰.

municípios, cujo gasto *per capita* em APS correspondeu a menos da metade dos gastos com ações e serviços públicos de saúde.

As emendas para APS apresentaram tendência de aumento entre 2016 e 2018, com certa estabilidade em 2019 e redução em 2020, em todos os grupos de municípios. As emendas para incremento do PAB aumentaram aproximadamente 460% se comparado aos valores transferidos nos anos 2016 e 2018, período em que mantiveram uma expressiva tendência de alta, reduzindo abruptamente em 2019. Em 2020, os valores voltaram a aumentar, mas não atingiram o mesmo patamar de 2018.

Os valores *per capita* de emendas parlamentares, tanto para a APS quanto para incremento do PAB, aumentaram significativamente no período do estudo em todos os grupos, com maiores valores entre os anos de 2017 e 2019 (Tabela 1), e mostraram grande discrepância de valores entre os municípios de diferentes portes. Nas emendas para a APS, os municípios de porte 7 receberam, em média, um valor *per capita* até 16 vezes menor quando comparados aos de porte 1.

O recebimento de recursos federais por emendas parlamentares para a APS, que considera as emendas de investimento e custeio, associou-se à redução das despesas com recursos próprios municipais em APS (Tabelas 2 e 3), exceto para os municípios de porte 7 na análise de sensibilidade (dados de 2015-2019) (Tabela 3). Não se observou associação entre as emendas de incremento do PAB com a despesa com recursos próprios *per capita* em ações e serviços públicos de saúde e APS no período de 2015 a 2020.

O recebimento de emendas para APS associou-se ao aumento da despesa *per capita* com recursos próprios para municípios do porte 1 e 2 (Tabela 2) independentemente da pandemia de COVID-19 (Tabela 3). Para os demais grupos de municípios, essa associação não foi observada.

Discussão

São três os principais achados deste estudo para a análise do significado e das consequências da ampliação da participação do repasse federal de emendas parlamentares para o financiamento municipal do SUS e, particularmente, da APS.

O primeiro é a existência de um grande desequilíbrio na alocação de recursos do Ministério da Saúde por emendas parlamentares, segundo o porte populacional dos municípios, em favor dos que têm menor população. Foram identificadas diferenças de até 16 vezes no valor *per capita* em emendas parlamentares para APS entre os municípios com até 5 mil habitantes e aqueles com mais de 500 mil, evidenciando as distorções causadas por essa forma de transferência de recursos no período avaliado. O fato é que as desigualdades encontradas na alocação de recursos para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares precisam ser investigadas em detalhes, pois, em vez de corrigir as iniquidades na distribuição dos recursos, essa modalidade de alocação pode aumentá-las.

Essa situação já havia sido apontada em estudo que considerou a alocação federal para incremento do PAB no período de 2015 a 2018¹⁰. Outros dois trabalhos indicam distorções causadas pelas emendas parlamentares, perante os mecanismos de transferência federal para a atenção básica previamente instituídos no SUS²⁶ e a concentração de recursos em municípios que precisavam menos do repasse²⁴.

Nesse sentido, em relação à grande vulnerabilidade dos municípios de menor porte populacional na Federação³⁹ e à sua alta dependência fiscal das transferências federais⁴⁰, sabe-se que o repasse de emendas parlamentares não beneficia a todos de forma equitativa, dada a discricionariedade do parlamentar na indicação desses recursos²⁶. Mesmo considerando a insuficiência dos valores praticados, o PAB fixo que vigorou até 2019 favoreceu o fortalecimento da APS desde a sua implantação nos anos 1990, na medida em que respeitou critérios como perfil demográfico e socioeconômico de cada ente municipal para a distribuição de recursos financeiros⁴¹.

Outro importante ponto que repercute sobre os valores *per capita* de distribuição das emendas parlamentares diz respeito à divisão dos recursos no Congresso Nacional, tendo em vista que os valores são determinados pelo número de parlamentares de cada UF e não pela população em si. Ao considerar os estados de população pequena em relação ao número de cadeiras no Congresso Nacional, pode-se dizer que esses locais estavam sobrerrepresentados e favorecidos com maior proporção

Tabela 2

Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde e atenção primária à saúde (APS) dos municípios brasileiros, segundo porte populacional (2015-2020).

Municípios (porte)	Variáveis dependentes [β_{aj}] * (IC95%; valor de p)]	
	Despesa com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde ** (em R\$ per capita)	Despesa com recursos próprios com APS (em R\$ per capita)
Emenda para APS (a cada R\$ 10,00 per capita)		
1	6,59 (4,79; 8,39; < 0,001)	-5,85 (-7,39; -4,29; < 0,001)
2	3,19 (1,37; 5,00; < 0,001)	-10,29 (-11,66; -8,91; < 0,001)
3	1,19 (-0,64; 3,02; 0,201)	-7,19 (-8,34; -6,03; < 0,001)
4	0,43 (-1,26; 2,12; 0,617)	-11,35 (-13,12; -9,59; < 0,001)
5	-0,53 (-2,27; 1,25; 0,559)	-14,77 (-19,99; -9,54; < 0,001)
6	4,50 (-3,07; 12,08; 0,244)	-18,27 (-31,05; -5,49; 0,005)
7	-18,91 (-46,57; 8,75; 0,180)	-8,74 (-15,87; -1,61; 0,016)
Emendas para incremento do PAB (a cada R\$ 10,00 per capita)		
1	1,72 (-2,74; 6,18; 0,449)	-1,04 (-3,86; 1,77; 0,467)
2	-0,24 (-2,77; 2,29; 0,851)	0,77 (-1,37; 2,91; 0,480)
3	-0,89 (-3,69; 1,92; 0,236)	-1,63 (-3,26; 0,00; 0,050)
4	-2,72 (-5,95; 0,51; 0,099)	0,50 (-2,31; 3,31; 0,726)
5	2,49 (-1,28; 6,27; 0,195)	-1,38 (-6,51; 3,74; 0,597)
6	-2,17 (-13,02; 8,69; 0,696)	-2,70 (-25,86; 20,45; 0,819)
7	28,88 (-1,77; 59,31; 0,138)	-9,28 (-37,84; 19,28; 0,524)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; PAB: Piso da Atenção Básica.

* Coeficiente beta ajustado por Unidade Federativa por emendas para atenção básica liquidadas, emendas para incremento do PAB e interação entre emendas para atenção básica liquidadas e emendas para incremento do PAB;

** De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012⁶⁰.

de recursos federais⁴². Esse assunto é tema de impasses entre os parlamentares pelo expressivo montante de recursos financeiros envolvidos. As distorções das emendas individuais e de relator são tantas que os municípios poderiam ser contemplados com receitas que extrapolam seu próprio orçamento anual⁴³.

Preocupações sobre os efeitos da distribuição de recursos federais por emendas parlamentares datam de um período em que a execução das despesas por esse mecanismo se mantinha em patamar baixo²⁰. Com a ampliação dos recursos destinados por emendas de relator, com baixa transparência sobre a finalidade da alocação pelo parlamentar que destina recursos e sobre os entes beneficiados, essas preocupações aumentaram consideravelmente^{10,34,44}. Isso porque os recursos de emendas parlamentares alocados pelo Ministério da Saúde são contabilizados para efeito da vinculação constitucional das despesas do ente federal em ações e serviços públicos de saúde. Na vigência do teto de gastos, a relevância de critérios políticos na alocação de recursos sugere maior fragmentação e dificuldades para suprir as necessidades de financiamento do SUS, de forma coerente e articulada¹³.

O segundo achado do estudo é a inexistência de correlação entre a alocação de recursos federais por emendas parlamentares aos municípios para financiamento da APS e a despesa com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, exceto para aqueles com população inferior ou igual a 10 mil habitantes, para os quais a associação foi positiva. Esses achados apresentam evidências que refutam a hipótese da substituição de fontes pelos municípios no financiamento de despesas em ações e serviços públicos de saúde, ou seja, de que eles substituiriam recursos próprios por emendas na aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Tabela 3

Associação entre os recursos federais recebidos por emendas parlamentares e as despesas com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde e atenção primária à saúde (APS) dos municípios brasileiros, segundo porte populacional, excetuando o ano de 2020 em razão da pandemia de COVID-19 (2015-2019).

Municípios (porte)	Variáveis dependentes [β_{aj} * (IC95%; valor de p)]	
	Despesa com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde ** (em R\$ per capita)	Despesa com recursos próprios com APS (em R\$ per capita)
Emenda para atenção básica liquidada (a cada R\$ 10,00 per capita)		
1	4,14 (3,17; 5,09; < 0,001)	-3,40 (-4,54; -2,05; < 0,001)
2	1,77 (0,87; 2,66; < 0,001)	-4,58 (-5,67; -3,49; < 0,001)
3	1,40 (-0,52; 3,32; 0,153)	-2,93 (-4, 14; -1,45; < 0,001)
4	0,73 (-1,16; 3,08; 0,540)	-8,34 (-11,28; -5,39; < 0,001)
5	0,65 (-1,44; 2,73; 0,545)	-15,33 (-22,31; -8,35; < 0,001)
6	-6,51 (-17,64; 4,61; 0,251)	-19,65 (-31,35; -7,94; 0,001)
7	-3,88 (-22,76; 14,99; 0,687)	-10,14 (-21,31; 1,03; 0,075)
Emendas para incremento do PAB (a cada R\$ 10,00 per capita)		
1	-1,03 (-3,36; 1,29; 0,386)	-1,95 (-4,54; 0,64; 0,140)
2	-4,95 (-6,86; -3,05; < 0,001)	-2,57 (-4,46; -0,68; 0,008)
3	-1,35 (-4,45; 1,76; 0,396)	-6,81 (-9,64; -3,98; < 0,001)
4	-6,44 (-10,09; -2,78; 0,001)	-3,69 (-7,25; -0,15; 0,041)
5	1,82 (-1,54; 5,18; 0,289)	-1,41 (-7,92; 5,11; 0,672)
6	10,60 (-10,07; 31,27; 0,315)	-2,11 (-26,48; 22,26; 0,865)
7	21,36 (-18,03; 60,75; 0,288)	-3,81 (-25,35; 17,73; 0,729)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; PAB: Piso da Atenção Básica.

* Coeficiente beta ajustado por Unidade Federativa por emendas para atenção básica liquidadas, emendas para incremento do PAB e interação entre emendas para atenção básica liquidadas e emendas para incremento do PAB;

** De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012⁴⁰.

Como a aplicação municipal efetiva em ações e serviços públicos de saúde, em média, foi de 22% no período analisado, sendo muito superior ao limite mínimo de 15% estabelecido na *Constituição Federal*, os municípios teriam margem para realizar essa substituição sem descumprir a determinação constitucional. Contudo, isso não aconteceu. A pressão sobre os municípios, decorrente do subfinanciamento do SUS, é um dos fatores que explicam esse resultado⁴⁵.

A disparidade entre os entes da Federação no financiamento do SUS reflete a omissão estrutural da União quanto ao seu papel coordenador e organizativo dentro do arranjo federativo¹. A participação da União, que nos anos 1990 correspondia a aproximadamente 73% do financiamento da saúde, reduziu para 42% em 2019. Em contrapartida, a alocação de recursos da esfera municipal, nessa mesma área, passou de 12% para cerca de 31% no mesmo período^{27,46}. Tal fato indica um paradoxo nesse cenário de inversão de responsabilidades, uma vez que a União tem a maior concentração tributária e, por consequência, a maior arrecadação de receitas¹.

Essa situação também evidencia que a descentralização da gestão das ações e serviços públicos de saúde aos municípios não teve como prioridade a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, mas sim um caráter estratégico de intervenção na economia, com o projeto de enxugamento do Estado e de estabilidade econômica⁴⁷. Ou seja, representou mais uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, servindo mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como almejavam seus idealizadores⁴⁸.

Entre as despesas que recaem e têm grande impacto no orçamento municipal da saúde, estão as de natureza remuneratória, sejam elas decorrentes dos cargos em exercício, como servidores e empregados públicos ou funções de confiança, ou dos diversos tipos de obrigações trabalhistas de responsabilidade do empregador ⁴⁹. Esse é um dos maiores desafios encontrados pelos gestores municipais: garantir o provimento da força de trabalho de maneira suficiente dentro da limitação imposta pela *Lei de Responsabilidade Fiscal* ⁵⁰.

Por outro lado, as emendas parlamentares individuais de custeio, que têm representado relevância no financiamento da APS para muitos municípios e na maior parte são repassadas como incremento ao PAB, têm sua destinação vedada para o pagamento de pessoal ou encargos sociais ⁵¹. Com isso, é possível que parte desses recursos tenham se destinado às contratações por meio de pessoa jurídica, direcionando essas receitas para as despesas com serviços de terceiros. Estudo realizado no Estado do Paraná corrobora essa hipótese ao revelar que, entre os anos de 2015 e 2020, houve aumento expressivo (superior a 500%) do número de trabalhadores vinculados ao SUS na modalidade de pessoa jurídica, fenômeno que ficou conhecido como “*pejotização*” ⁵². No entanto, são necessárias pesquisas que aprofundem a análise da destinação dos recursos recebidos por emendas parlamentares pelos municípios, para afirmar que, em alguma medida, as emendas parlamentares tenham contribuído para a precarização das relações de trabalho.

O terceiro achado está relacionado à identificação de associação entre a alocação de recursos federais por emendas parlamentares para a APS e a redução da despesa com recursos próprios em APS, o que sugere um efeito de substituição nessa destinação específica. Ou seja, os municípios diminuíram a parcela de recursos próprios no financiamento da APS. Mas, como não houve redução da despesa própria em ações e serviços públicos de saúde, o montante de recurso próprio que deixou de ser aplicado em APS foi deslocado para o financiamento de outras despesas, mesmo em municípios de pequeno porte, nos quais a oferta de serviços se concentra nesse nível de atenção à saúde. Para esses entes, e mesmo em municípios maiores, os recursos podem ter sido destinados ao financiamento de ações de vigilância em saúde, para a aquisição de medicamentos, ou mesmo ao financiamento de serviços de saúde de média e alta complexidade ³⁴, uma vez que esses itens de gasto não estão incluídos na despesa em APS considerada nesta análise.

Ressalta-se que, mesmo antes da vigência do orçamento impositivo, a APS já constava entre as áreas prioritárias de financiamento do Ministério da Saúde. Mas foi a partir de 2016 que passou a figurar como a principal linha de alocação de recursos por emendas parlamentares aos municípios. Tal situação pode estar relacionada à maior facilidade de transferência de recursos para essa ação específica. Enquanto a totalidade de municípios brasileiros pode receber emendas parlamentares no componente da APS, tanto na modalidade manutenção como na modalidade estruturação ¹⁰, os recursos para média e alta complexidade estão limitados aos entes e instituições filantrópicas que executam esses serviços ⁵³. Essa é uma realidade diferente dos municípios de pequeno porte populacional, principais beneficiários das transferências por emendas parlamentares ²⁶.

Dessa forma, além da necessidade de se investigar para quais finalidades os recursos municipais para a APS foram realocados, importa saber se esses recursos foram utilizados de maneira mais efetiva pelos governos locais. Diversos estudos indicam as dificuldades e os desafios para que os serviços de atenção básica se constituam como porta de entrada e centro de comunicação das complexas redes de cuidado no SUS ⁵⁴. A estabilidade e a suficiência de recursos para seu financiamento são condições essenciais para melhorar o acesso, a equidade e a qualidade da APS no SUS.

Quanto às limitações do estudo, uma está relacionada aos dados disponibilizados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), pelo fato de as informações lá contidas serem autoinformadas. Outra está na estimação do gasto próprio dos municípios em APS, utilizada como variável dependente, em que não foi possível deduzir a parcela de transferência do estado para esses entes, por dificuldades metodológicas envolvendo a disponibilidade de dados no SIOPS. Contudo, é provável que o impacto dessa situação sobre os resultados seja pequeno, na medida em que a participação dos estados no financiamento da APS é baixa. Na média do período de 2015 a 2019, a participação dos estados foi de 7,4% da atenção curativa ambulatorial básica ⁵⁵ e parte dos recursos alocados é executada diretamente pelos estados e não na modalidade de transferência aos municípios. Em relação ao modelo estatístico adotado, consideram-se como limitações, ainda, a falta de uma variável de ajuste invariante ao longo do tempo (UF), a ausência de um mode-

lo teórico que pudesse direcionar a inclusão de mais variáveis de ajustes às análises, e a eventual indisponibilidade desses dados.

Tais limitações não comprometem a relevância deste trabalho, cujos resultados confirmam que, após a aprovação das regras de impositividade para a execução orçamentária, houve um aumento expressivo dos repasses por emendas parlamentares sobre o montante de recursos financeiros transferidos da União para os municípios^{27,33,34}. A alocação desses recursos reflete: desequilíbrios e efeitos diferenciados sobre os gastos municipais em ações e serviços públicos de saúde e APS, considerando os portes populacionais dos municípios, a substituição de fontes para o financiamento da APS, e o redirecionamento de recursos próprios para outras prioridades de gasto definidas pela gestão local.

Colaboradores

K. G. B. Ulinski contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. B. G. Carvalho contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. F. S. Vieira contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. R. Rodrigues contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. L. D. Lima contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Karla Giovana Bavaresco Ulinski (0000-0001-7942-6896); Brígida Gimenez Carvalho (0000-0003-3850-870X); Fabiola Sulpino Vieira (0000-0001-7377-7302); Renne Rodrigues (0000-0003-1390-5901); Luciana Dias de Lima (0000-0002-0640-8387).

Agradecimentos

L. D. Lima é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Cientista do Nosso Estado da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema. A pesquisa teve o apoio financeiro do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde (PMA) (Fiocruz/VPPCB; nº 25380.101539/2019-05).

Referências

1. Pinto EG. Estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. (Futuros do Brasil: Textos para Debate, 10).
2. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1729-36.
3. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018.
4. França JRM, Costa NR. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:241-57.
5. Servo LMS, Piola SF, Paiva ABD, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. p. 85-108.
6. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:187-200.
7. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019.
8. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2303-14.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Saúde. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise 2019; 26:85-127.
10. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019.

11. 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 2019; 27 jun.
12. 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. Diário Oficial da União 2022; 22 dez.
13. Paiva ABD, Gonzalez RHS, Leandro JG. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. *Novos Estudos CEBRAP* 2017; 36:55-81.
14. Pereira C, Mueller B. Comportamento estratégico em presidencialismo de coalizão: as relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do orçamento brasileiro. *Dados Rev Ciências Sociais* 2002; 45:265-301.
15. Ames B. Os entraves da democracia no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.
16. Arretche M, Rodden J. Política distributiva na Federação: estratégias eleitorais, barganhas legislativas e coalizões de governo. *Dados Rev Ciências Sociais* 2004; 47:549-76.
17. Limongi F, Figueiredo A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. *Dados Rev Ciências Sociais* 2005; 48:737-76.
18. Limongi F, Figueiredo AC. A crise atual e o debate institucional. *Novos Estudos CEBRAP* 2017; 36:79-97.
19. Souza C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Dados Rev Ciências Sociais* 2003; 46:345-84.
20. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, Garcia M, Andrade CLT, Gerassi CD. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2267-79.
21. Viana ALd'A, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14:807-17.
22. Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, Campos GWS. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4509-18.
23. Carnut L, Andre ECG, Mendes A, Meira ALP. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. *Saúde Debate* 2021; 45:467-80.
24. Baião AL, Couto CG, Oliveira VE. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Revista de Sociologia e Política* 2020; 27:e004.
25. Medina SA, Ferreira MAM, Pinto TRGS, Santos IA. Alocação das emendas parlamentares individuais: correção de assimetria em saúde ou ganho político? *REAd Revista Eletrônica de Administração* 2023; 29:98-125.
26. Vieira FS, Lima LD. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. *Rev Saúde Pública* 2023; 56:123.
27. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. Financiamento do SUS e COVID-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Debate* 2020; 44:114-29.
28. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:693-705.
29. Santos Neto JA, Mendes AN, Pereira AC, Paranhos LR. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1269-80.
30. Oliveira FA. Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec Editora; 2009. (Obras Didáticas, 11).
31. Giacomoni J. Orçamento governamental: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas; 2019.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Áreas territoriais. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e> (acessado em 05/Mai/2023).
33. Vieira FS. Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022. (Texto para Discussão, 2732).
34. Vieira FS, Almeida ATC, Servo LMS, Benevides RPS. Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00280221.
35. Hardin JW, Hülbe JM. Generalized estimating equations. Nova York: Chapman and Hall/CRC; 2002.
36. Pekár S, Brabec M. Generalized estimating equations: a pragmatic and flexible approach to the marginal GLM modelling of correlated data in the behavioural sciences. *Ethology* 2018; 124:86-93.
37. Khuu A, Lewis CL. Position of the non-stance leg during the single leg squat affects females and males differently. *Hum Mov Sci* 2019; 67:102506.
38. Rodrigues R, Birolim MM, de Andrade SM, González AD, Mesas CE, Fernández-Rodríguez R, et al. Job strain is prospectively associated with a lower frequency of fruit consumption in schoolteachers. *Public Health Nutr* 2021; 24:1678-86.
39. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1619-28.

40. Cruz WGN, Barros RD, Souza LEFF. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27:2459-69.
41. Castro ALB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 73-93.
42. Carvalho M. Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais. https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2103/efeito_emendas_carvalho.pdf?sequence=1 (acessado em 15/Mai/2023).
43. Brandão F. Estados grandes e pequenos disputam divisão de emendas de bancada ao Orçamento. <https://www.camara.leg.br/noticias/816834-estados-grandes-e-pequenos-disputam-divisao-de-emendas-de-bancada-ao-orcamento/> (acessado em 15/Mai/2023).
44. Supremo Tribunal Federal. Supremo Tribunal Federal STF – Referendo no Referendo na Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental: ADPF 850 – inteiro teor. <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1406271188/inteiro-teor-1406271193> (acessado em 20/Mai/2023).
45. Pereira BLS, Faleiros DR. Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS para o debate. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 2022.
46. Piola SF, Barros MED. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Ministério da Saúde; 2016. p. 101-38.
47. Lima LD, Viana ALd'A, Machado CV. Regionalização da saúde no Brasil: condicionantes de desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. *Regiões de saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec Editora; 2014. p. 21-46.
48. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saúde* 2008; 6:573-98.
49. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:953-63.
50. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12:1819-29.
51. 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* 2015; 18 mar.
52. Marques da Silva JF, Carvalho BG, Santini SML. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. *Rev Gest Saúde (Brasília)* 2020; 11:326-39.
53. Piola SF. 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. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf (acessado em 20/Mai/2023).
54. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00056917.
55. Ministério da Saúde. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022.
56. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops> (acessado em 22/Mai/2023).
57. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. <https://portalfnfns.saude.gov.br/> (acessado em 12/Mar/2022).
58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html> (acessado em 12/Mar/2022).
59. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de população. Tabela 6579. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579> (acessado em 12/Mar/2022).
60. Brasil. Lei Complementar nº 141/2012. 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 16 jan.

This study aims to analyze the effects of the expansion of the federal transfer of parliamentary amendments for municipal financing of primary health care (PHC) in the Brazilian Unified National Health System (SUS), from 2015 to 2020. A longitudinal study was conducted using secondary data on transfers of parliamentary amendments from the Brazilian Ministry of Health and expenditure of municipalities' own resources on public health actions and services and PHC. The effect of the transfer of parliamentary amendments on municipal financing was verified in a stratified way by population size of the municipalities, using generalized estimating equation models. The transfer of parliamentary amendments for PHC showed a large discrepancy in per capita values among municipalities of different population sizes. No correlation with municipal spending on public health actions and services was observed in municipalities with more than 10,000 inhabitants, and the association with spending on PHC ($p < 0.050$) was inverse in all municipalities. Therefore, the increase in the transfer of parliamentary amendments by the Brazilian Ministry of Health favored a reduction in the allocation of municipal revenues to PHC, which may have been directed to other spending purposes in the SUS. These changes seem to represent priorities established for municipal budget expenditure, which have repercussions on local conditions for guaranteeing stable funding for PHC in Brazil.

Healthcare Financing; Primary Health Care; Health Expenditures; Resource Allocation; Unified Health System

El artículo tiene como objetivo analizar los efectos de la ampliación de la transferencia de recursos federal de enmiendas parlamentarias sobre el financiamiento municipal de la atención primaria de salud (APS) en el Sistema Único de Salud brasileño (SUS), en el período del 2015 al 2020. Se realizó un estudio longitudinal con datos secundarios de transferencias de recursos por enmiendas parlamentarias del Ministerio de Salud y de gastos con recursos propios de los municipios, aplicados a acciones y servicios públicos de salud y a la APS. El efecto de la transferencia de recursos de enmiendas parlamentarias sobre el financiamiento municipal se verificó de forma estratificada por tamaño de población de los municipios, utilizando modelos de ecuaciones de estimaciones generalizadas. La transferencia de recursos de enmiendas parlamentarias para la APS mostró una gran discrepancia en los valores per cápita entre municipios de diferente tamaño poblacional. No hubo correlación con el gasto municipal en acciones y servicios públicos de salud en aquellos con más de 10.000 habitantes y asociación inversa con el gasto en APS ($p < 0,050$) en todos los grupos de municipios. Se concluye que el aumento en la transferencia de recursos de enmiendas parlamentarias por parte del Ministerio de Salud favoreció la reducción de la asignación de ingresos municipales a la APS, que pueden haber sido dirigidos a otros fines de gasto en el SUS. Tales cambios parecen reflejar prioridades establecidas para el gasto presupuestario municipal, que repercuten en las condiciones locales para garantizar la estabilidad del financiamiento de la APS en Brasil.

Financiación de la Atención de la Salud; Atención Primaria de Salud; Gastos en Salud; Asignación de Recursos; Sistema Único de Salud

Recebido em 15/Jan/2023
Versão final reapresentada em 16/Set/2023
Aprovado em 19/Out/2023

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA



Projeto: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”

Etapa de campo - maio a agosto de 2022

Roteiro de entrevista

- Perfil 2. Profissionais em funções técnicas e operacionais das SMS/Prefeituras -

Dados do entrevistado:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Formação:

Conte-me sobre a sua trajetória profissional

-Formação complementar (especialização, mestrado, doutorado):

-Cargo:

-Tempo no cargo:

-Experiência anterior na gestão

Bloco 1. Modelo de Atenção

1. O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).

Bloco 2. Planejamento e gestão orçamentário-financeira

2. Como está organizada a área de planejamento da Saúde em seu município? (Nota: existência de equipe exclusiva para área ou acumula outras atividades? - local de trabalho, ambiência)

3. Quais ações/atividades realizam? (Nota: elaboração dos instrumentos de gestão, planos de aplicação, planejamento orçamentário (PPA/LDO/LOA); acompanhamento sistemático da execução orçamentária, prestação de contas (relatório quadrimestral, RAG); Gestão do FMS?)

Em caso negativo, quem (setor/departamento) responde por ou elabora essas atividades?

- elaboração dos instrumentos de gestão



- planos de aplicação
- planejamento orçamentário (PPA/LDO/LOA)
- execução orçamentária
- prestação de contas (relatório quadrimestral, RAG)
- Gestão do Fundo Municipal de Saúde (FMS)

4. Como é a elaboração de instrumentos de planejamento/orçamento? Há integração dos instrumentos de planejamento/orçamento da saúde e do executivo? Existe dificuldade neste processo? (Nota: explorar como é o processo de elaboração: Quem define o planejamento da saúde? O início do processo de elaboração conta com um debate prévio e participação da equipe de gestão e do Conselho de saúde, por exemplo?).

5. Quem é o responsável pela alimentação do SIOPS no seu município? Caso a equipe técnica da secretaria de saúde não participe da alimentação, ela monitora e analisa as informações do SIOPS? (Nota: explorar como faz).

6. Qual a relação com a contabilidade (específico para a saúde ou atua também na prefeitura)?

7. De que forma o município toma conhecimento do recebimento dos recursos (há pessoa/setor responsável por acompanhar o recebimento; clareza no processo, acessibilidade e transparência quanto às informações)?

8. Sobre os recursos da Saúde, quem define ou orienta o seu uso? Há integração entre os setores sobre o recebimento e as regras de aplicação dos recursos? A definição para a utilização das fontes de recursos é de iniciativa da secretaria de saúde ou contabilidade? (Nota: explorar relação com o setor de tesouraria).

9. Como são planejados e executados os recursos recebidos via transferência federal e estadual? (Faz uso do planejamento ascendente e participativo (das áreas: APS, Vigilância, especializada)? Ou as decisões são definidas de forma unilateral? (repetir essa questão para prestação de contas).

10. Como é feita a autorização/controle dos gastos por fonte? É utilizado algum sistema?

11. Vocês realizam alguma avaliação sobre o quanto o município investe em cada subfunção/área? (Se gasta mais com a média do que com a básica) E por fonte? (Referente a aplicação dos 15% da fonte municipal)

12. Como são planejados e organizados os projetos/atividades no orçamento? A secretaria de saúde participa da elaboração do orçamento anual?

13. Com obrigatoriedade de preencher a parte financeira no Digisus, como tem sido feito esse preenchimento? E os relatórios quadrimestrais, como é realizado o seu preenchimento financeiro? Há alguma análise dessas informações que subsidiam as ações e gastos?

14. Você acompanha a participação das emendas parlamentares (EP) no financiamento federal do SUS? (Caso a resposta seja não, pular as questões sobre a temática EP - Bloco 3 - e encerrar).



Bloco 3. Emendas Parlamentares

(SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU POSITIVAMENTE À PERGUNTA 14)

15. Como o município se articula para captação dos recursos de emendas parlamentares para a saúde? Quem são os responsáveis pela captação no município? (principais atores envolvidos). Explorar os seguintes pontos relacionados a processos e fluxos:

- Como é estabelecido o contato e a negociação com os parlamentares? Trata-se de um contato regular ou esporádico?
- Os parlamentares/mandatos participam na definição do objeto financiável? Se sim, a participação do parlamentar foi ao encontro das necessidades e da decisão da equipe técnica? Caso negativa, pedir para relatar a situação.
- Como é a participação do prefeito (a) e secretário (a) de saúde no processo de negociação das emendas?
- No processo de negociação das emendas federais, há a participação de deputados (as) estaduais e vereadores?

16. No município, o alinhamento político da gestão municipal com os parlamentares proponentes das EP e/ou com o governo federal tem favorecido a captação de recursos? Você percebe alguma orientação partidária em relação à alocação de emendas? Ou o município capta recursos de EP para a saúde de parlamentares de diferentes espectros ideológicos?

17. Há discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP por instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB ou consórcio)? Se sim, como é o fluxo? Quais as principais tensões? (Pedir exemplos das possíveis tensões).

18. Quem são os atores da SMS envolvidos no processo de cadastramento e monitoramento das propostas nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS)? O município sentiu necessidade de fazer mudanças nessa organização nos últimos anos, como por exemplo compor equipes específicas ou contratar consultorias?

19. Nos últimos anos, algumas mudanças têm ganhado relevância no debate sobre o financiamento do SUS, como o Novo Regime Fiscal, também conhecido como a EC 95/2016 e o Programa Previnha Brasil na atenção básica. Considerando a execução obrigatória de emendas parlamentares nesse conjunto de mudanças, seria possível identificar alguns reflexos na gestão municipal do SUS? Quais? (abordar se recorda como era antes da impositividade, se entende como isso interferiu no volume de recursos recebidos, ser impositiva ou não)

20. Qual sua visão sobre a participação das emendas parlamentares no financiamento federal do SUS? E na APS? Como considera os critérios/a forma de distribuição dessa fonte de recursos? Você percebe diferenças?

21. Você vê vantagens/desvantagens desta forma de transferência, frente aos recursos provenientes de receitas programáticas? Percebe se há regularidade no recebimento dos



recursos captados via EP nos últimos anos? Como avalia as consequências desta modalidade de financiamento para a o planejamento das ações? Poderia citar algum exemplo?

22. As emendas parlamentares para a saúde têm contribuído para atender as necessidades da população em seu município? E da APS, de maneira mais específica? (Se nesta tivermos resposta fechada, perguntar o porquê)

23. Os recursos recebidos de EP interferem/repercutem sobre a organização da APS? Como isso ocorre? (Nota: ampliação de serviços, compra de materiais e equipamentos, adequação/melhoria de espaços/construção de unidades. Explorar o quanto de recursos de emenda de investimentos o município recebeu e o que foi feito com esses recursos - ver Dossiê).

24. As transferências de recursos recebidas por EP repercutiram sobre a contratação de serviços de saúde? E da APS? Houve pagamento de prestação de serviços (médicos/odontológicos/de enfermagem) com recursos de emendas? (Nota: Ocorrência da pejetização ou outros formatos de terceirização/relação trabalhista como saída para o provimento de RH com recursos de EP).

25. Como foi definido o uso dos recursos das emendas parlamentares recebidas pelo município? Há especificidades para a APS? Como são feitas/planejadas essas ações (quais critérios)? O PMS é considerado para a aplicação dos recursos provenientes das EP? E o controle social? (Nota: Explorar como são definidos os objetos das emendas, se consideram o PMS e CMS neste processo).

26. Como é feita a incorporação dos recursos de EP ao orçamento municipal (é previsto ou são feitos ajustes posteriores à aprovação do orçamento)?

27. Há algum tipo de planejamento e acompanhamento diferenciado para as emendas de custeio e de investimento? Como é feito? (Nota: destacar as especificidades do uso dos recursos de EP).

28. Como são executadas as EP de PAB/PAP (Piso da Atenção Primária) (custeio)? São elaborados planos de aplicação para as emendas de custeio? Existe dificuldade para execução das EP de PAB (custeio)? (pedir para descrever com que se gasta, quais as dificuldades, se há clareza com que pode ou não gastar)

29. Com que fonte de recursos o município realiza obras e compra de equipamentos? (Explorar se há ou não o uso de EP para essas ações, se há predomínio das emendas neste processo).

30. Como são executadas as EP de estruturação (investimento)? Existe dificuldade para execução das EP de estruturação (investimento)? Se sim, quais? (Nota: abordar separadamente a execução de obras e aquisição de equipamentos. Para equipamentos, que critérios foram utilizados para definição dos itens solicitados? Todos os equipamentos adquiridos estão em uso?).

31. Os itens financiáveis por EP (cardápio proposto pelo MS) atendem às necessidades de seu município? Os valores sugeridos para os respectivos itens são suficientes? (Nota:



investigar se geralmente há necessidade de contrapartida municipal para execução do objeto).

32. Qual o tempo médio de execução das propostas? Quem participa do monitoramento e avaliação? Há participação do controle social? Se sim, de que forma? No seu município, existem propostas não executadas com os recursos recebidos por EP? Pq?

33. Como é feita a prestação de contas dos recursos recebidos por EP? (Exemplos: aprovação do conselho e relatório de gestão, abordar para ambos os tipos: investimento e custeio).

34. O que vocês recebem de emenda parlamentar, de alguma forma contribui para a redução dos investimentos com recursos próprios por parte do município nas despesas com a saúde? (Refere-se ao mínimo de 15% estabelecido pela lei 141/12, investigar também se mesmo não impactando sobre os 15%, houve menor investimento de recursos próprios na APS, direcionando em outras áreas, como atenção especializada ou vigilância)

35. Os consórcios intermunicipais de saúde têm participado da captação de recursos de EP? Como? Quais as vantagens e desvantagens da articulação via consórcio?

10 ANEXO

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil* coordenada pela Prof. Dra. Luciana Dias de Lima da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O projeto se dá em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por exercer função como técnico ou dirigente de instâncias de gestão estadual, regional ou de representação da gestão local. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, em dia, horário e local de trabalho de sua preferência, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas ao pesquisador.


A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo entrevistas com gestores e técnicos das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná, bem como representantes de instâncias de gestão regional e da gestão local da saúde, e do poder Legislativo; análise documental; e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa aos participantes e suas instituições serão divulgados após o término do estudo por intermédio de apresentações específicas voltadas para os gestores. Além disso, estão previstos a confecção de e-book interativo, infográfico e curso de curta duração para disseminação de produtos e resultados da pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão da sua instituição. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, em arquivos digitais, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de contribuir com o debate sobre os condicionantes e desafios do financiamento público e da organização da Atenção Primária à Saúde em seu estado, região ou município. Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam a organização dos serviços de atenção básica, visando à proposição de estratégias para a superação de obstáculos à consolidação do SUS.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____





atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados. Sim () Não ()

Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas. Sim () Não ()

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 -Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210


Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora - e-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 - 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____





Paraná, ____ de _____ de 2022.


Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Luciana Dias de Lima
Pesquisadora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa (ENSP/Fiocruz/RJ)

Fernanda de Freitas Mendonça
Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Rubrica pesquisador: 

Rubrica participante: _____

