

# EFEITO DAS EMENDAS PARLAMENTARES NOS INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Igor Machado Torres<sup>1</sup>  
Suzana Quinet de Andrade Bastos<sup>2</sup>  
Fabio Junior Clemente Gama<sup>3</sup>

## Área 4 – Políticas Públicas e Planejamento Regional e Urbano

### RESUMO:

Emendas parlamentares são uma forma de participação do Poder Legislativo no orçamento. Após a Emenda Constitucional nº 86 de 2015, as emendas passaram a ser impositivas e o Poder Executivo passou a ter a obrigação de investir metade das emendas em ações e serviços públicos de saúde. Assim, o objetivo do trabalho é analisar a alocação das emendas parlamentares, auferindo se os municípios beneficiados com transferências de emendas parlamentares obtêm melhoras nos indicadores de saúde. A metodologia faz uso de dados longitudinais para os 5570 municípios no período de 2015 a 2018. Os resultados sugerem que as emendas parlamentares tendem a ser eficientes na redução das desigualdades regionais, refletindo na melhoria dos indicadores de saúde dos municípios brasileiros.

**Palavras-chave:** Economia regional, emendas parlamentares, saúde pública, política.

## 1. INTRODUÇÃO

O Poder Legislativo federal brasileiro é composto por representantes dos Estados que integram a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, sendo estas as duas Casas Legislativas que fazem parte do Congresso Nacional. A Câmara dos Deputados reúne 513 deputados de todos os estados e do Distrito Federal, e de acordo com Carvalho (2007), os cidadãos de cada estado não são igualmente representados no Congresso, visto que o número de deputados federais não se faz proporcional à população e o número de senadores é igual para todos os estados, independentemente do tamanho de sua população.

Os estados de São Paulo e Roraima são os que possuem maior desproporcionalidade, visto que São Paulo elegeu um deputado federal para cada 650.556 habitantes, enquanto Roraima elegeu um para cada 72.446 habitantes. Essa desproporcionalidade na representatividade pode gerar desequilíbrio de acesso aos bens públicos, podendo implicar em maior quantidade de recursos per capita em determinadas regiões. Uma fonte de recursos federais que pode ter uma desproporcionalidade de acesso da população são as emendas parlamentares.

De acordo com Carvalho (2007), o desequilíbrio representativo manifesta-se na forma como são distribuídas as emendas parlamentares, cujos valores são sempre determinados pelo número de parlamentares de cada unidade da federação, e não pela população em si. Dessa forma, a população dos estados que são sobre representados, que são os que possuem uma

---

<sup>1</sup> Mestre em Economia Aplicada (2019) pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: igortorresmachado@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutorado em Planejamento Urbano e Regional (UFRJ) – Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, Brasil. Pesquisador Cnpq nível 2. E-mail: quinet.bastos@gmail.com.

<sup>3</sup> Doutor em Economia (2020) pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: f130383@gmail.com.

população pequena em relação ao número de cadeiras no Congresso, seria diretamente favorecida com maior proporção de recursos federais. Contudo, Apesar de haver um desequilíbrio representativo na Câmara dos Deputados, visto que a representação no Congresso Federal não é proporcional à população, as regiões sobrerrepresentadas são justamente aquelas menos desenvolvidas. Com isso, supõe-se que tal desequilíbrio pode favorecer o objetivo constitucional da redução das desigualdades.

De forma geral, as emendas parlamentares são uma forma de participação do Poder Legislativo no orçamento, com a possibilidade de os parlamentares apresentarem emendas ao orçamento que o Poder Executivo propôs, e com essas emendas se tornando impositivas após a Emenda Constitucional nº 86 de 2015, a discricionariedade do Poder Executivo foi reduzida, podendo o Poder Legislativo atuar de forma mais autônoma ao ser garantida a execução de seus recursos.

Assim, as Emendas Parlamentares se configuram como transferências descentralizadas de recursos da união, nas quais os parlamentares podem propor alterações na alocação de recursos públicos, que se dão através de solicitações de parlamentares individuais, comissões ou bancadas. Essas transferências, segundo Moutinho (2013), são importantes para a incrementação dos orçamentos municipais, o que possibilita um maior atendimento das demandas locais, isso porque a esfera municipal está mais próxima à população diretamente beneficiada.

A distribuição de recursos das emendas parlamentares feitas pelos parlamentares geralmente servem para privilegiar as suas bases eleitorais via políticas distributivistas, e de acordo com Pereira e Rennó (2003), essas transferências são de grande importância para as regiões e municípios nos quais tais recursos não chegariam de outras formas. No entanto, surge a possibilidade de interesses políticos e estratégias de sobrevivência eleitoral gerando desigualdades, como por exemplo o mesmo município recebendo recursos de parlamentares diferentes enquanto outros municípios não auferem transferência alguma.

No Brasil, pesquisas específicas com enfoque no efeito das emendas parlamentares ainda são raras. Com relação à área da saúde, Baptista et al., (2012) e Carvalho (2007) através de uma análise descritiva, analisam os impactos nos estados brasileiros, enquanto Baião *et al* (2020) analisam os impactos à nível municipal. Utilizando técnicas de análise de dados longitudinais Bertholini, Pereira e Renno (2018) investigam o impacto das políticas locais nos indicadores de desenvolvimento humano, também nos municípios brasileiros.

Visando sanar a lacuna na literatura e, tendo em mente que é razoável assumir que as emendas parlamentares tenham um efeito positivo sobre o desempenho das políticas municipais de saúde, o objetivo do presente trabalho é analisar a alocação das emendas parlamentares, auferindo se os municípios beneficiados com transferências de emendas destinadas à área da saúde obtêm melhoras nos indicadores de saúde, diminuindo assim as desigualdades regionais em saúde, um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia faz uso de dados longitudinais para os 5570 municípios brasileiros no período de 2015 a 2018<sup>4</sup>, tendo os indicadores de saúde como variável dependente, emenda parlamentares como variável explicativa de interesse e características econômicas e da área da saúde dos municípios como controles.

Além desta introdução, o trabalho é composto por mais 5 seções. A próxima seção discorre sobre as emendas parlamentares e o orçamento brasileiro. A seção 3, apresenta a base de dados. Na quarta apresentam-se os resultados e, por fim, as considerações finais.

## **2. EMENDAS PARLAMENTARES**

A Constituição de 1988, além de adicionar importantes mudanças no orçamento federal instituindo mecanismos que buscaram uma maior integração entre o planejamento e o orçamento estatal, com PPA, LDO e LOA visando aprimorar o direcionamento dos gastos públicos e a melhora na eficiência de sua utilização também definiu formas de participação do

---

<sup>4</sup> Devido a Emenda Constitucional nº 86 ter sido aprovada em 2015, o Sistema Siga Brasil só conta com dados de repasse de emendas individuais a partir desse ano.

Poder Legislativo no orçamento, como a possibilidade de apresentar emendas ao orçamento que o Poder Executivo propôs.

Essas emendas parlamentares são transferências descentralizadas de recursos da união, nas quais os parlamentares podem propor alterações na alocação de recursos públicos, que se dão através de solicitações de parlamentares individuais, comissões ou bancadas.

Cada deputado federal e senador eleito pelo seu estado possuem determinado valor em emendas parlamentares individuais para beneficiar a sua base eleitoral através de políticas distributivas do tipo *pork barrel*<sup>5</sup>. Os parlamentares deverão identificar a entidade beneficiária que receberá os recursos, bem como as metas que essa entidade deverá cumprir, demonstrando sua compatibilidade com o valor da verba fixada na emenda (SENADO FEDERAL, 2019).

A execução das despesas das emendas é realizada seguindo-se três etapas, sendo elas o valor empenhado, liquidado e pago. O valor empenhado, de acordo com o Tesouro Nacional (2018), se dá quando a autoridade competente cria para o estado a obrigação de pagamento, dando a garantia de que existe o crédito necessário para a implementação de um compromisso assumido.

A liquidação da despesa é processada pela unidade executora ao receber o objeto de empenho. De acordo com o art. 63 da Lei nº 4.320/1964, a liquidação ocorre com a confirmação do direito adquirido pelo credor, tendo como base os títulos e documentos comprobatórios do crédito, e tem por finalidade a apuração da origem e o objeto que se deve pagar, a importância exata a se pagar e a quem se deve pagar a importância para se extinguir a obrigação. A liquidação da despesa terá por base o contrato, a nota de empenho e os comprovantes da entrega do material ou prestação efetiva do serviço. A terceira etapa da despesa pública é a fase de pagamento, o qual é caracterizada pela emissão do cheque ou ordem bancária em favor do credor.

A Emenda Constitucional nº 86 de 2015 teve origem no Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 358 de 2013, conhecido como a PEC do Orçamento Impositivo. A emenda tornou obrigatória a execução financeira e orçamentária das emendas parlamentares individuais sugeridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual (LOA). É através da LOA que o poder executivo define o valor do orçamento para o exercício do ano seguinte. Ficou estabelecido que as emendas individuais dos parlamentares serão aprovadas no limite de 1,2% da receita líquida corrente do ano anterior prevista no projeto encaminhado do poder executivo (TESOURO NACIONAL, 2018), o disposto no art. 166, § 9º obriga que pelo menos a metade desse valor seja destinada a ações e serviços públicos de saúde.

As emendas parlamentares são distribuídas por diversas funções, como saúde, administração, urbanismo, indústria, transporte, educação, entre outros, e os parlamentares estão livres para investir suas emendas individuais em suas respectivas áreas de interesse, com metade das emendas obrigatoriamente destinadas à área da saúde.

Durante o período de 2015 a 2018, foram empenhados mais de 32 bilhões de reais em dotação de emendas parlamentares, sendo pago apenas 28,76% desse valor. Os valores gastos em emendas indicam grande disparidade entre os valores pagos em 2015 (44.896.443), 2016 (1.984.567.858), 2017 (2.268.432.376) e 2018 (5.123.702.566), sendo que o baixo valor pago em 2015 se deve ao fato de que apenas no meio desse ano que as emendas passaram a ser impositivas e o seu pagamento garantido por lei (SISTEMA SIGA BRASIL, 2019)

Verifica-se o cumprimento da constituição no caso dos gastos com a saúde ao se analisar as áreas em que são enviadas as dotações de recursos, sendo a saúde, durante o período de 2015 a 2018, beneficiada com 58% de todas as emendas.

Os dados do Quadro 1 apontam que em 2015 o percentual de recursos que foi pago chegou a zero em diversas áreas, essa situação se deve à recente crise e constrição financeira, situação em que foram reduzidos os limites disponibilizados para o pagamento (FUNCIA, *et al* 2018). O exercício de 2016 e 2018 apresentaram valores superiores aos demais exercícios, tanto para o empenho quanto para o pagamento. No de 2017, apesar de terem sido empenhados

---

<sup>5</sup>Segundo Lowi (1964), a expressão indica o particularismo legislativo no qual os deputados se utilizariam de políticas distributivas para obter os votos dos beneficiários.

recursos consideráveis para as diversas áreas da saúde, o mesmo não pode ser observado para os valores pagos. A assistência hospitalar e ambulatorial e a atenção básica são as áreas que consomem a maior quantidade de recursos destinados para a área da saúde.

Quadro 1 - Perfil de Execução das Emendas para Saúde em milhares de reais

		Alimentação e Nutrição	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Atenção Básica	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância e Epidemia
2015	Empenhado	0	795.372	615.131	10.978	0
	Pago	0	1.829	3.783	0	0
2016	Empenhado	1.710	1.736.433	1.078.789	7.007	7.289
	Pago	0	423.231	317.767	670	0
2017	Empenhado	2.731	1.586.882	1.157.476	6.167	10.437
	Pago	0	30.622	3.153	0	0
2018	Empenhado	8.055	1.080.256	995.531	237	9.301
	Pago	0	500.749	665.521	0	5.657

Fonte: Sistema SIGA Brasil

## 2.1.Emendas Parlamentares para Saúde

Com a Constituição Federal de 1988 o sistema de saúde passa a ser universal, atendendo ao artigo 196. Bittencourt (2007) aponta que tal universalização dos serviços de saúde agravou o problema do financiamento público, dado que milhões de cidadãos que antes não contribuíam para a previdência passam a ganhar acesso a ela. Com isso, para garantir recursos para o SUS, o Congresso Federal promulga a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, que estabelece valores mínimos de recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

O responsável por gerir os recursos destinados à saúde é o Fundo Nacional de Saúde (FNS), instituído pelo Decreto nº 64.867 de 24 de julho de 1969. Os recursos geridos pelo FNS são destinados às transferências para os Estados e municípios, de tal modo que esses realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, como investimentos nas redes de serviços e na cobertura hospitalar do SUS. A destinação dos recursos, entretanto, é orientada pelas políticas e programas gerenciados pelas Secretarias Finalísticas do Ministério da Saúde.

De acordo com Sagastme (2017), um instrumento do Ministério da Saúde para a comunicação com o Poder Legislativo e com outros atores do SUS, é a Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde. A Cartilha é uma publicação anual, cujo objetivo é informar aos parlamentares sobre os programas e ações federais na área da saúde, além de destacar as prioridades pelo Ministério para o atendimento da população e como alocar os recursos disponíveis para a rede pública de saúde.

De acordo com a Cartilha (2019), a Emenda Constitucional 86/2015 estabelece que as emendas parlamentares individuais não irão ser executadas em caso de impedimento de ordem técnica, tais como: i) incompatibilidade do objeto proposto com a finalidade da ação orçamentária; ii) incompatibilidade do objeto proposto com o programa do órgão ou entidade executora ;iii) falta de razoabilidade do valor proposto, incompatibilidade do valor proposto com o cronograma de execução do projeto ou proposta de valor que impeça a conclusão de uma etapa útil do projeto; iv) ausência de pertinência temática entre o objeto proposto e a finalidade institucional da entidade beneficiária; v) não indicação do beneficiário pelo autor da emenda; vi) não apresentação de proposta ou plano de trabalho ou apresentação fora dos prazos previstos; vii) não realização de complementação ou ajustes solicitados em proposta ou plano de trabalho bem como realização de complementação ou ajustes fora dos prazos previstos; viii) desistência da proposta pelo proponente; ix) reprovação da proposta ou plano de trabalho; x) valor priorizado insuficiente para a execução orçamentária da proposta ou plano de trabalho e xi) Outras razões de ordem técnica devidamente justificadas.

A Lei Complementar nº 141 de 2012, e a Lei nº 8.080 de 1990, estabelecem regras para se decidir os valores a serem distribuídos pelos estados e municípios, de tal forma que atendam às peculiaridades e diferentes necessidades das diversas regiões do país. A cartilha elenca as

características que influenciam os valores, sendo eles: a necessidade de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial; a capacidade de oferta das ações e de serviços de saúde; o perfil demográfico da região; o perfil epidemiológico da população a ser coberta; e as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área. O FNS direciona os recursos de investimento da Saúde mediante critérios e métodos de seleção, sempre priorizando a aprovação de projetos que respondam à demanda das maiores necessidades do sistema de saúde dentro de seu alcance.

A Portaria nº 395 de 2019, do Diário Oficial da União, dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionam recursos ao SUS para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos municípios. Os recursos provenientes de emendas de que trata essa Portaria, financiam os programas prioritários do FNS e são destinados a ações e serviços de saúde, tais como: Academias de Saúde, Administração Geral, Assistência aos povos indígenas, Assistência hospitalar e ambulatorial, Atenção básica, Compra de equipamentos, Desenvolvimento científico, Desenvolvimento tecnológico, Saneamento básico urbano, Saneamento básico rural, Suporte profilático e terapêutico e Vigilância epidemiológica. Os investimentos em emendas parlamentares não podem ser utilizados para despesas de custeio, a recomendação é que sua utilização melhore os serviços já existentes.

### 3. BASE DE DADOS

As variáveis dependentes foram selecionadas por estarem diretamente relacionadas com os programas de investimento das emendas parlamentares, dado que os valores repassados via emendas para os municípios destinados à Atenção Básica e à Assistência Hospitalar e Ambulatorial se mostram viáveis para fomentar investimentos que busquem reduzir as desigualdades regionais. Assim, como indicadores de saúde foram selecionadas as variáveis: doenças negligenciadas (*doenigl\_lg*), mortalidade infantil neonatal (*morneon\_lg*), mortalidade infantil tardia (*mortard\_lg*), percentual da população com acesso a saneamento básico (*saneam*) e número de casos de dengue (*deng\_or*), sendo todas elas extraídas da base do departamento de informática do SUS, o Data-SUS.

As doenças negligenciadas (*doenigl\_lg*), referem-se a um conjunto de doenças infecciosas e parasitárias endêmicas em populações de baixa renda, localizadas, predominantemente na África, Ásia e Américas (SOUZA, 2010). Segundo Araújo (2012), existe um debate em relação ao rol de doenças consideradas negligenciadas, sendo elas, no caso do Brasil, as sete prioridades de atuação: Doença de Chagas, Leishmanioses, Malária, Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose e Dengue.

Para Barreto *et al* (2015) e Martins-Melo, Júnior e Heukelbach (2016) programas de transferência de renda para as populações mais pobres, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outras melhorias sociais, como saneamento e educação, são e continuarão a ser cruciais para o controle de doenças negligenciadas.

A variável dengue (*deng\_or*), apesar de estar incluída no rol das doenças negligenciadas, foi analisada individualmente devido à sua predominância no Brasil e por ser destaque em diversos programas de prevenção, muitos deles financiados por emendas parlamentares.

A variável de mortalidade infantil foi dividida em mortalidade neonatal (*morneon\_lg*) e mortalidade infantil tardia (*mortard\_lg*). De acordo com o Sistema de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (2018), a mortalidade infantil neonatal ocorre quando o óbito se dá com menos de 28 dias de idade, e é sensível a determinantes relacionados com o assistencialismo e prevenção em saúde na região. A mortalidade infantil neonatal é responsável por cerca de 85% dos óbitos de crianças até os 5 anos de idade. Na mortalidade infantil tardia, que ocorre no período compreendido entre 28 dias e 5 anos de idade, a mortalidade é mais sensível a determinantes relacionados ao ambiente socioeconômico, como emprego, renda e educação.

Fisher *et al* (2007) identificaram que as variáveis socioeconômicas investigadas, entre elas o gasto per capita em saúde, apresentaram correlação estatisticamente significantes com o indicador.

Soares *et al* (2016) apontaram que apesar dos gastos associados à taxa da população coberta por redes de saneamento básica (*saneam*) não serem comumente encontrados em trabalhos internacionais, a inclusão de tal variável para o caso do Brasil se mostrou significativa, apresentando relação positiva com os gastos públicos com saúde.

Com relação à variável explicativa, informações de emendas parlamentares recebidas pelos municípios constam no portal SIGA Brasil - Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas<sup>6</sup>. Nesse portal, a partir do Painel Emendas é possível mapear o volume de dotações orçamentárias executadas para a área de saúde dos estados e municípios. Os recursos para a saúde podem chegar ao município de duas formas: através do Fundo Estadual de Saúde ou através de transferência direta para o Fundo Municipal. Quando os parlamentares destinam suas emendas para os municípios via estados, esses valores são repassados para os Fundos Estaduais de Saúde, que realizam a gestão e o controle dos repasses orçamentários e os destinam aos municípios, enquanto as emendas destinados diretamente aos municípios são recursos transferidos diretamente para os Fundos Municipais de Saúde, que gerenciam os recursos oriundos da União, do Estado, do Município e de outras fontes com o objetivo de desenvolver ações locais em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os valores gastos pelos municípios com a área da saúde estão disponíveis no sistema Finanças do Brasil (Finbra), que é a base de dados contábil e fiscal dos entes federativos. Nesse sistema, nos fundos de saúde, estão disponíveis os valores de emendas recebidas pelos estados e pela união repassados para os municípios. Assim, a variável de emendas parlamentares (*emend<sub>lg</sub>*) é a soma dos valores transferidos pelos parlamentares diretamente para os municípios mais a parcela identificada como emendas parlamentares repassada aos municípios pelos Fundos Estaduais e o Nacional de Saúde, como mostra a Equação 1. Essa forma de cálculo fornece o valor exato recebido por cada município, entretanto, ao somar os valores provenientes de emendas repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, esses valores podem incorrer em viés de simultaneidade, dado que o FNS pode privilegiar os municípios menos desenvolvidos e que possuam piores indicadores, com o intuito de diminuir as desigualdades regionais.

$$emend_i = \rho_i + \tau fundEN \quad (1)$$

onde:

*emend<sub>i</sub>* = Total de emendas parlamentares recebidas pelo município *i*;

$\rho$  = O valor recebido em transferência direta pelo município;

$\tau$  = Valor entre 0 e 1 correspondente a proporção de recursos provenientes de emendas parlamentares repassados pela União e/ou estados para os municípios pelos Fundos Estaduais e Nacional de Saúde;

*fundEN* = Total de recursos destinado para o município pelos Fundos Estaduais e Nacional de Saúde.

Por fim, as variáveis de controle foram selecionadas com base na influência que elas exercem sobre as variáveis dependentes, tais como características do município e da população bem como da infraestrutura de saúde do município, tais como: PIB per capita (*pibpc<sub>lg</sub>*), quantidade de equipamentos disponíveis nos estabelecimentos de saúde (*equip<sub>lg</sub>*), percentual da população coberta por plano de saúde (*plansaude*), número de Unidades Básicas de Saúde no município (*ubs<sub>lg</sub>*), percentual da população com mais de 60 anos (*idosos*), percentual da população com menos de 5 anos (*crian*) e a razão entre homens e mulheres na população (*mulher*).

Antes da elaboração do modelo econométrico foram realizados alguns procedimentos para verificar os requisitos fundamentais das variáveis. Isso porque algumas variáveis podem possuir algumas características indesejáveis, as quais podem ser minimizadas ou suprimidas por meio de transformações e, com isso, passam a descrever melhor a relação entre as variáveis dependentes e independentes. Com exceção das variáveis que estão em forma percentual (*saneam*, *plansaude*, *crian*, *mulher*, *idosos*) e da mortalidade infantil tardia por ter muitos resultados nulos, as demais variáveis foram todas convertidas em seus logaritmos naturais.

---

<sup>6</sup> Esse portal, criado pelo Senado Federal, reúne informações de diversas bases de dados e os disponibiliza através de um portal online de livre acesso.

Os dados são para os 5.570 municípios brasileiros dos anos de 2015 a 2018. A partir das variáveis discriminadas no Quadro 2, o modelo empírico resulta em uma equação básica do tipo:

$$saúde_{it} = \alpha + emendas_{it}\beta_1 + \ln S_{it}\beta_2 + \ln Z_{it}\beta_3 + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Em que  $saúde_{it}$  são as variáveis dependentes de saúde no período  $t$ ;  $emendas_{it}$  o valor em emendas parlamentares no município  $i$ ;  $\ln S_i$  é o logaritmo natural das variáveis de saúde utilizadas como controle e  $\varepsilon_i$  representa um termo de erro aleatório. Os modelos empíricos testados foram formalizados conforme equação (3), utilizando as diferentes variáveis respostas: doenças negligenciadas, mortalidade infantil neonatal, mortalidade infantil tardia, saneamento básico e dengue.

$$\begin{aligned} doenigl_{or_{it}}, morneon_{or_{it}}, mortard_{or_{it}}, saneam_{or_{it}}, dengue_{or_{it}} \quad (3) \\ = \beta_0 + emendas_{or_{it}}\beta_1 + pibpc_{or_{it}}\beta_2 + equip_{or_{it}}\beta_3 \\ + plansaude_{or_{it}}\beta_4 + abs_{or_{it}}\beta_5 + idosos_{or_{it}}\beta_6 \\ + crian_{or_{it}}\beta_7 + idosos_{or_{it}}\beta_8 + \alpha_i + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Quadro 2 –Variáveis dependentes e de controle utilizadas no modelo

Variável	Cod	Descrição	Autores de Referência
Doenças negligenciadas	<i>doenigl_lg</i>	Casos de doenças negligenciadas por mil hab.	Barreto <i>et al</i> (2015), Melo, Júnior e Heukelbach (2016), Souza (2010), Araújo (2012)
Mortalidade infantil neonatal	<i>morneon_lg</i>	Mortalidade infantil neonatal (Primeiro mês de vida)	Fisher <i>et al</i> (2007)
Mortalidade infantil tardia	<i>mortard_lg</i>	Mortalidade infantil (Segundo mês até o quinto ano de vida)	Carvalho (2004)
Saneamento básico	<i>Saneam</i>	Percentual da população com acesso à saneamento	Soares et al (2016)
Dengue	<i>dengue_lg</i>	Casos de dengue por mil habitantes	Peçanha <i>et al</i> (2010)
Pib per capita	<i>pibpc_lg</i>	Pib per capita do município	Sousa (2012), Mosca (2007), Okunade e Suraratdecha (2000), Hitiris e Posnett (1992)
Equipamentos	<i>equip_lg</i>	Número de equipamentos por mil hab.	Scatena e Tanaka (1998), Sousa e Hamann (2009)
Planos de saúde	<i>Plansaude</i>	Percentual da população coberta por plano de saúde	Novaes e Mattos (2010)
Estabelec. de saúde	<i>abs_lg</i>	Número de estabelecimentos de saúde por mil hab.	Scatena e Tanaka (1998)
Idosos	<i>Idosos</i>	Percentual da população com mais de 60 anos	Prieto e Lago-Peñas (2012)
Crianças	<i>Crian</i>	Percentual da população com menos de 4 anos	Santos (2018)
Gênero	<i>Mulher</i>	Razão entre homens e mulheres na população	Moscone, Knapp e Tosetti (2007)

Fonte: Elaboração Própria

Nos modelos cuja variável de resposta são doenças negligenciadas, mortalidade infantil neonatal, mortalidade infantil tardia e número de casos de dengue, espera-se uma relação negativa com o recebimento de emendas parlamentares pelo município, visto que as emendas tenderiam a melhorar os indicadores de saúde da localidade diminuindo as doenças e a mortalidade infantil, principalmente a neonatal, visto que essa mortalidade é mais sensível a determinantes relacionados com o assistencialismo e prevenção em saúde na região. No modelo cuja variável resposta é a cobertura de saneamento básico da população, espera-se uma

correlação positiva com as emendas parlamentares, uma vez que uma das despesas de financiamento das emendas é justamente o saneamento básico urbano e rural, como pode ser observado no Quadro 2.

#### 4.RESULTADOS

Com o objetivo de traçar as características dos municípios, a Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas tomando como base o ano de 2018. O recebimento médio durante o ano de 2018 de Emendas Parlamentares por município foi de R\$ 122.359,00.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas - 2018

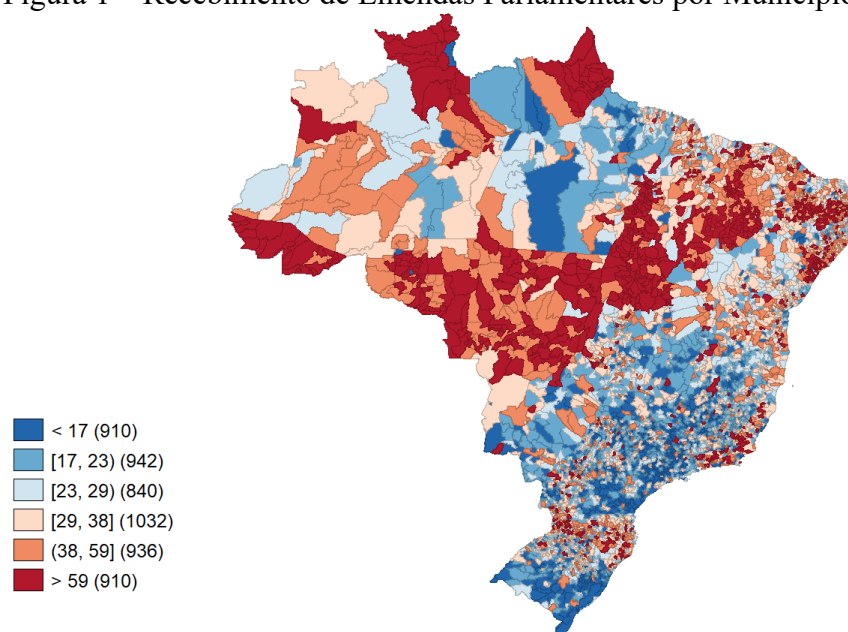
Variáveis	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Emendas</b>	122.359	716.528	139	18.100.000
<b>Doenças negligenciadas</b>	3,20	0,13	0	310
<b>Mortalidade neonatal</b>	6,50	0,47	0	1894
<b>Mortalidade até os 5 anos</b>	1,06	0,07	0	275
<b>Saneamento básico</b>	61,91%	0,23	16,45%	99,01%
<b>Dengue</b>	42,98	7,47	0	30428
<b>PIB per capita</b>	21.990,76	280,65	3.285,04	344.847,2
<b>Equipamentos de saúde</b>	5,78	0,35	0	1.296
<b>Plano de saúde</b>	8,37%	10,32	0%	94,06%
<b>Número de UBS</b>	7,29	5,32	1	758
<b>Idosos</b>	11,54%	3,68	1,85%	33,26%
<b>Crianças</b>	7,57%	0,02	2,23%	55,63%
<b>Mulheres</b>	52,51%	4,33	13,84%	79,41%

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Figura 1, os municípios do sul, sudeste e centro-oeste do país, com exceção dos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo, são os que apresentam menor concentração de gastos em emendas parlamentares, enquanto as maiores concentrações estão localizadas nos municípios das regiões norte e nordeste, corroborando com a questão da desigualdade representativa do Poder Legislativo nos estados brasileiros.

Com relação às doenças negligenciadas, a média dos municípios é de 60 para cada 100 mil habitantes, as regiões norte e nordeste são as que mais reportaram casos, enquanto o sul e sudeste apresentam as menores taxas, evidenciando desigualdades regionais, como evidenciado na Figura 2.

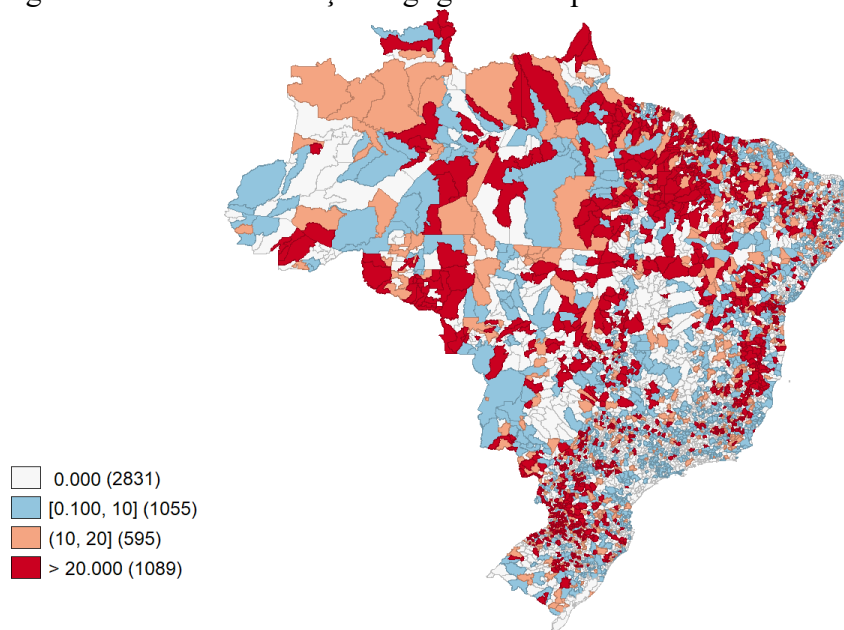
Figura 1 – Recebimento de Emendas Parlamentares por Município





Fonte: Elaboração própria

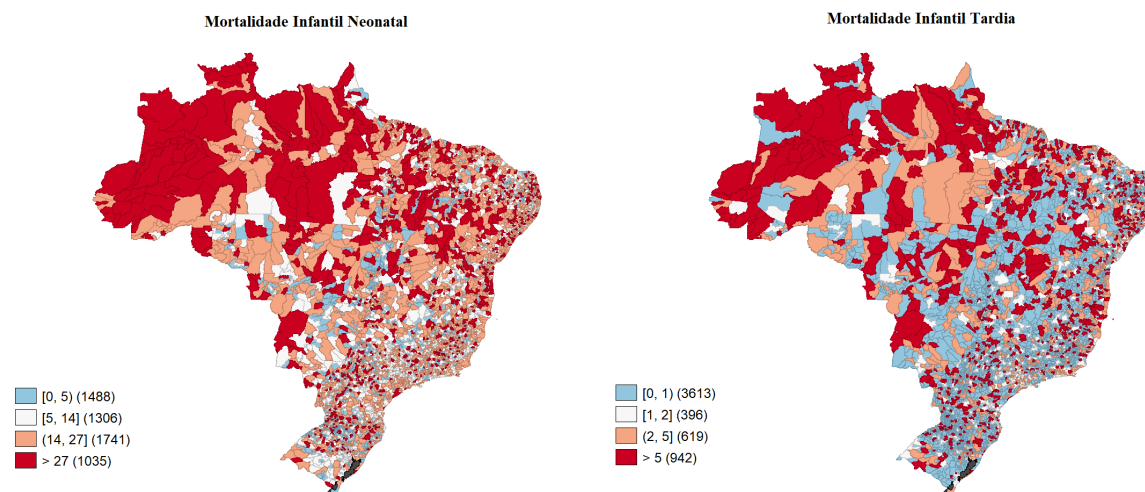
Figura 2 – Casos de doenças negligenciadas para cada mil habitantes



Fonte: Elaboração própria

A mortalidade infantil no Brasil possui uma média de 17 para cada 100 mil nascidos vivos, e as regiões norte e nordeste apresentam médias mais elevadas, com municípios com mais de 2 mortes para cada mil habitantes. Diferente da taxa de mortalidade geral, esse indicador, segundo Simões (2002), é utilizado para se avaliar as condições de vida e saúde da população. O número de casos de mortalidade infantil neonatal por 100 mil habitantes, que é mais sensível a determinantes relacionados com o assistencialismo e prevenção em saúde na região, se mostrou mais elevado nos municípios das regiões Norte e Nordeste, e uma menor incidência nas regiões Sul e Sudeste. A mortalidade infantil tardia, que é mais sensível a determinantes relacionados ao ambiente socioeconômico, como emprego, renda e educação, teve uma incidência alta apenas na região Norte do Brasil, se mantendo na média nas demais regiões. A diferença entre essas duas taxas fica mais clara na Figura 3, quando se observa uma clara concentração da mortalidade infantil neonatal nas regiões mais carentes do Brasil. A mortalidade infantil tardia, por outro lado, possui uma distribuição mais aleatória, sendo mais influenciada pelas características socioeconômicas dos municípios.

Figura 3 – Mortalidade infantil neonatal e tardia a cada 100 mil habitantes

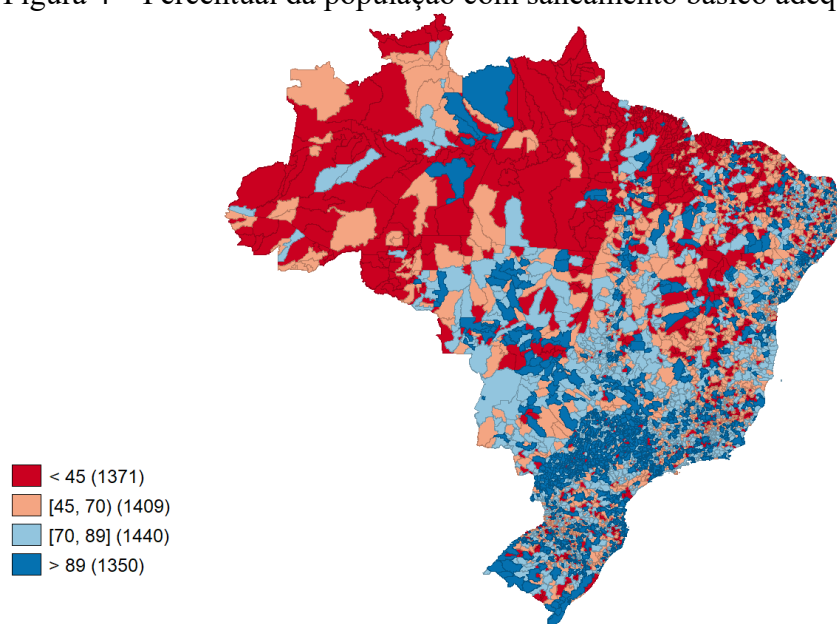


**Fonte: Elaboração própria**

O percentual médio de pessoas cobertas por um sistema de saneamento básico é de 61,9%. A Figura 4 evidencia uma clara divisão entre o norte e o sul do Brasil destacando as desigualdades regionais brasileira. As regiões norte e nordeste possuem uma média de 48,12% da população coberta por saneamento básico, enquanto as regiões sul, sudeste e centro-oeste possuem uma média de 79,78% de cobertura.

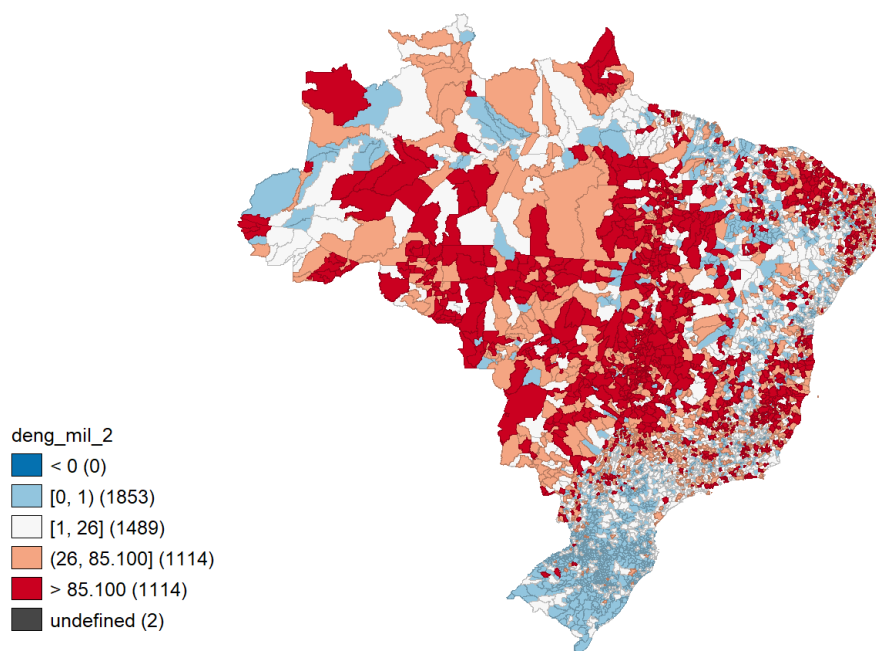
A taxa de incidência de dengue (Figura 5) foi de 429,8 para cada 100 mil habitantes em 2018. O estado que registrou maior número de casos foi Goiás, com 63.309 casos, seguido pelo Ceará, com 39.092 casos. A região Sul do país apresenta baixa incidência da doença, seguido pelos estados da região Norte, cuja maioria dos estados tiveram incidência média. Os estados da região Centro-Oeste apresentaram alta incidência, com exceção do Mato Grosso do Sul. O Sudeste e o Nordeste apresentaram alta incidência da doença

Figura 4 – Percentual da população com saneamento básico adequado



Fonte: Elaboração própria

Figura 5 – Casos de dengue para cada mil habitantes



Fonte: Elaboração própria

Analisando as Figuras 1, 2, 3, 4 e 5 verifica-se que a região que mais recebeu emendas parlamentares, apesar do desequilíbrio representativo exposto no Anexo 1, foi a região Sudeste, e foi justamente onde foram evidenciados os melhores indicadores de saúde. A região sul também apresentou bons indicadores de saúde e uma boa cobertura da população com acesso a saneamento básico, apesar dos baixos valores recebidos provenientes de emendas parlamentares. As regiões norte e nordeste também receberam menores quantidades de repasses em emendas parlamentares, entretanto também apresentaram a menor cobertura de pessoas com acesso a saneamento básico, maior índice de mortalidade infantil e maiores incidências de doenças negligenciadas.

#### 4.1. Análise econométrica

Para as estimações dos parâmetros foram comparadas técnicas de regressão com dados longitudinais do tipo POLS (*Pooled Ordinary Least Squares*), com efeitos fixos e com efeitos aleatórios. Segundo Wooldridge (2015), os dados longitudinais são desejáveis quando diversas séries temporais são acompanhadas ao longo do tempo, com variações em *cross-section* e em séries temporais simultaneamente.

Os dados longitudinais, em formato de painel, oferecem vantagens sobre sua análise puramente em corte transversal, dado que se possibilita um controle mais efetivo da heterocedasticidade, além de captar efeitos individuais que não seriam percebidos utilizando-se técnicas tradicionais de dados em corte transversal (BALTAGI, 1998). Diferentemente da estimação por dados empilhados, o método de dados em painel permite acompanhar cada um dos municípios brasileiros ao longo do tempo, viabilizando o controle das características específicas não observadas de cada um por efeitos fixos e aleatórios.

Foi adotado o procedimento de estimação apresentado por Wooldridge (2002), onde o autor aborda tanto as hipóteses de identificação do modelo como o procedimento de estimação. Primeiramente foi analisado a existência de efeitos não observados, ou seja, características peculiares de cada município que poderiam estar exercendo alguma influência nas estimativas. A maioria dessas heterogeneidades não podem ser observadas e podem variar entre as unidades de *cross-section*. Sendo assim, foi realizado o teste de *Breuch-Pagan* após às estimações do modelo com efeitos aleatórios. Os resultados rejeitam a hipótese nula de ausência de efeitos não observados com um nível de significância de 1%. Dessa forma, a estimação por POLS não se mostra eficiente por não considerar tais heterogeneidades. Logo, foi feito um comparativo se a escolha da estimação com efeitos aleatórios se adequa melhor do que a de efeitos fixos, para isso o teste de *Hausman* foi utilizado e as estimativas rejeitaram a hipótese nula de que os efeitos aleatórios são consistentes, apontando a estimação por efeitos fixos a mais eficiente.

Com relação à mortalidade infantil nos Quadros 3 e 4, são apresentados os resultados dos três métodos de estimativa, que corroboram com o Sistema de Vigilância em Saúde, dado que as emendas parlamentares se mostraram significativas a 1% nas estimações por POLS e efeitos aleatórios e a 5% com efeitos fixos na redução da mortalidade infantil neonatal. A mortalidade infantil tardia, por sofrer influências de fatores relacionados ao ambiente socioeconômico, e não da prevenção em saúde da região, não se mostrou significativa em nenhum dos três métodos de estimação.

Quadro 3 – Mortalidade infantil neonatal

<i>Variáveis</i>	<i>POLS</i>	<i>RE</i>	<i>FE</i>
emend_ln	-0.00781*** (0.00213)	-0.00674*** (0.00201)	-0.00193** (0.00280)
pibpc_ln	0.0491*** (0.0130)	0.0477*** (0.0160)	0.0699 (0.0624)
equip_ln	0.0122 (0.00744)	0.0123 (0.0101)	-0.0159 (0.0561)
plansaude_ln	-0.0553*** (0.00658)	-0.0514*** (0.00827)	0.0233 (0.0514)

ubs_ln	-0.0689*** (0.0127)	-0.0665*** (0.0174)	0.128* (0.0749)
mulher_ln	-0.0341 (0.0280)	-0.0335 (0.0337)	0.994 (0.989)
crian_ln	0.00296 (0.0375)	0.00440 (0.0455)	-0.0471 (0.128)
idosos_ln	0.559*** (0.0612)	0.570*** (0.0738)	0.179 (0.171)
Constant	-2.420*** (0.159)	-2.448*** (0.191)	-4.601 (2.971)
BreuschPagan	1427.33		
Prob > chibar2	0.00		
Hausman	29.25		
Prob > chi2	0.0003		
Observations	16,173	16,173	16,173
R-squared	0.110		0.001

Robust standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Carvalho (2007), analisando a mortalidade infantil geral também encontrou relação positiva entre o recebimento de emendas parlamentares e um menor número de casos de mortalidade infantil. O autor trabalhou com óbitos de crianças de até 1 ano de idade, que engloba mais de 85% de todos os casos de mortalidade infantil. Como a taxa de mortalidade infantil está diretamente relacionada às condições de vida da população, os investimentos no saneamento básico, na alimentação, na vacinação e na qualidade da atenção prestadas à criança são os que mais influenciam na queda mortalidade infantil ao garantirem uma maior cobertura nos atendimentos das gestantes e dos recém-nascidos. A atenção básica e o saneamento básico, de acordo com os dados do Sistema Siga Brasil, são responsáveis por R\$ 3,23 bilhões dos investimentos na saúde por meio de emendas parlamentares nos anos de 2015 a 2018.

Quadro 4– Mortalidade infantil tardia

<i>Variáveis</i>	<i>POLS</i>	<i>RE</i>	<i>FE</i>
emend_ln	-4.83e-09 (4.72e-08)	-4.83e-09 (6.08e-08)	-2.40e-09 (6.07e-08)
pibpc_ln	-3.31e-06*** (6.29e-07)	-3.31e-06*** (2.07e-07)	-3.19e-06*** (2.26e-07)
equip_ln	0.00158*** (8.51e-05)	0.00158*** (0.000124)	0.00158*** (0.000125)
plansaude_ln	0.0755 (0.340)	0.0755 (0.203)	0.0580 (0.203)
ubs_ln	0.00313** (0.00125)	0.00313*** (0.000203)	0.00311*** (0.000199)
mulher_ln	-0.00392 (0.00475)	-0.00392 (0.00443)	-0.00392 (0.00441)
crian_ln	-0.000415 (0.00759)	-0.000415 (0.00774)	-0.000467 (0.00770)
idosos_ln	0.00298 (0.00516)	0.00298 (0.00551)	0.00296 (0.00549)
Constant	0.763*** (0.218)	0.763*** (0.161)	0.762** (0.179)
BreuschPagan	1693.17		
Prob > chibar2	0.00		
Hausman	12.85		
Prob > chi2	0.00		
Observations	18,839	18,839	18,839

R-squared	0.274	0.273
-----------	-------	-------

Robust standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Os investimentos de emendas parlamentares no saneamento e atenção básica se mostraram uma importante ferramenta na redução da mortalidade infantil, principalmente nas crianças com menos de um ano de idade, isso porque tais investimentos permitem a oferta de melhores serviços de saúde, propiciando um cuidado contínuo e integral à saúde materno-infantil. Entretanto, visto que, segundo Frank *et al* (2017), 60,5% dos casos de óbitos infantis no ano de 2011 foram considerados evitáveis, é importante ressaltar a necessidade de fortalecimento de tais investimentos nas regiões Norte e Nordeste, que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil.

Pereira e Mueller (2002) e Figueiredo e Limong (1999), analisando o processo orçamentário brasileiro, afirmaram que as emendas parlamentares possuíam um peso pequeno se comparadas ao montante total do orçamento federal, ou seja, os parlamentares possuem pouco poder ao interferir no processo de determinação de distribuição dos recursos federais (BRASIL, 2010). No entanto, no que diz respeito ao orçamento referente ao saneamento básico, as emendas parlamentares desempenham um papel significativo na alocação de tais recursos, sendo por vezes quase metade de todo o orçamento programado (Tabela 2). Assim, o Poder Legislativo tem se constituído em um grande ator social na priorização dos investimentos para o saneamento básico no país.

Tabela 2: Recursos Federais programados para ações de saneamento

Recursos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Totais (programados na LOA)</b>	7,20	5,86	11,58	14,83	13,11	11,04	3,66
<b>De emendas</b>	2,47	2,39	3,68	6,13	4,73	4,62	1,96
<b>% Emendas/ Total programado</b>	34,2	40,8	31,79	41,36	36,07	41,84	53,49

Fonte: BRASIL (2010).

As emendas se mostraram significativas a 1% quando estimadas por POLS para o aumento da população com acesso ao saneamento básico. Quando estimados por efeitos aleatórios e fixos, as emendas parlamentares se mostraram significativas a 5%, sendo nos efeitos fixos mais significativa que o próprio PIB per capita da população (Quadro 5). Entretanto, não se pode dizer que houve uma distribuição de recursos para o saneamento básico capaz de reduzir as desigualdades regionais. Embora tenha sido constatada na Figura 1 uma boa prevalência de recursos aplicados na região Nordeste, ainda é persistente a grande desigualdade no acesso aos serviços de saneamento desta e da região Norte, que persistem com os menores indicadores de saúde do país.

De acordo com o Departamento de Ciência e Tecnologia, do Ministério da Saúde (2010), as doenças negligenciadas são doenças que prevalecem em regiões em condição de pobreza e onde existem pouca cobertura de saneamento e prevenção na área de saúde. De forma geral, as estimativas corroboram essa afirmação, tendo as emendas parlamentares sido significativas a 1% de significância para a redução dos casos nos municípios brasileiros. As variáveis de controle se mostraram significativas quando estimadas por POLS e efeitos aleatórios, entretanto, quando estimadas por efeitos fixos, apenas a variável de emendas parlamentares se mostrou significativa (Quadro 6).

Quadro 5 – Saneamento Básico

Variáveis	POLS	RE	FE
emend_ln	0.241*** (0.0631)	0.0781** (0.0389)	0.0793** (0.0409)
pibpc_ln	1.035*** (0.381)	2.076*** (0.582)	0.599 (1.065)
equip_ln	1.990***	2.333***	1.813**

	(0.208)	(0.361)	(0.905)
plansaude_ln	8.653***	7.430***	-0.386
	(0.196)	(0.311)	(0.928)
ubs_ln	3.129***	2.616***	1.594
	(0.333)	(0.529)	(1.033)
mulher_ln	1.960	0.630	-12.12
	(1.798)	(2.201)	(15.61)
crian_ln	-3.599***	-2.603**	-1.126
	(1.088)	(1.321)	(1.839)
idosos_ln	-0.354	-0.203	-2.453
	(0.844)	(1.163)	(2.501)
Constant	5.750	4.712	101.4*
	(4.583)	(6.328)	(59.75)
BreuschPagan	16381.37		
Prob > chibar2	0.00		
Hausman	179.88		
Prob >chi2	0.00		
Observations	21,633	21,633	21,633
R-squared	0.255		0.002

Robust standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

O resultado das doenças negligenciadas se assemelha ao obtido por Carvalho (2007), que também encontrou uma relação positiva entre o recebimento de emendas parlamentares e a diminuição da prevalência de doenças negligenciadas. A redução da doença é fruto dos investimentos nas áreas da atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial, que correspondem à maioria dos gastos em saúde das emendas.

Apesar da diminuição das doenças negligenciadas, a região Norte do país é a que concentra os maiores números de casos, sendo os estados dessa região os que receberam menos investimentos via emendas. Dessa forma, existe a necessidade de uma alocação mais eficiente desses recursos, a fim de diminuir as desigualdades regionais.

O Brasil, segundo Flauzino (2011), está situado entre os países com o maior número de casos relatados de dengue. De acordo com a autora, a prevenção e controle da doença deve ser realizado com grande envolvimento da gestão e participação da população, e para isso, o poder público deve assegurar investimentos substanciais para a área de saneamento básico e prevenção.

Quadro 6 – Doenças negligenciadas

<i>Variáveis</i>	<i>POLS</i>	<i>RE</i>	<i>FE</i>
emend_ln	-0.0341** (0.0132)	-0.0369* (0.0121)	-0.0341*** (0.00533)
pibpc_ln	-1.382*** (0.265)	-1.213*** (0.193)	-1.382*** (0.288)
equip_ln	-5.192 (15.59)	-7.049 (15.24)	-5.192 (14.46)
plansaude_ln	-203,385* (121,124)	-227,245 (125,679)	-203,385** (85,124)
ubs_ln	1,124*** (0.333)	1,108** (0.529)	1,124*** (1.033)
mulher_ln	-4,094*** (619.6)	-1,224 (1,864)	-4,094 (2,903)
crian_ln	-9,911*** (1,659)	-9,894*** (1,633)	-9,911** (4,020)
idosos_ln	-1,220 (1,857)	-4,110*** (624.0)	-1,220 (3,057)
Constant	887,963*** (44,956)	886,641*** (16,911)	887,963*** (138,822)
BreuschPagan	1693.17		

Prob > chibar2	0.00		
Hausman	131.65		
Prob >chi2	0.00		
Observations	19,853	19,853	19,853
R-squared	0.47		0.046

Robust standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Os resultados no Quadro 7 demonstram que as emendas parlamentares, bem como todas as variáveis de controle, se mostraram significativas a 1% quando estimadas por POLS. Quando estimadas por efeitos aleatórios e efeitos fixos, a maioria das variáveis de controle se mostraram significativas e as emendas parlamentares se mostraram significativas a 1% para a diminuição da doença.

Cysne (2019) enfatiza a importância dos investimentos em saneamento para a diminuição da disseminação da dengue, tendo os resultados da regressão indo de encontro com o autor ao indicar que os municípios que receberam investimentos na área, por meio de emendas parlamentares reduziram a incidência da doença.

Contudo, mesmo que os investimentos se mostrem eficazes, existem muitos obstáculos nas tentativas de controle da dengue devido as constantes mudanças nas características epidemiológicas da doença. Assim, além dos recursos orçamentários para as ações de controle e combate à dengue, existe a necessidade de se investir em pesquisas com relação à doença e seu vetor no Brasil. Para Ferraz *et al* (2018), as pesquisas voltadas à saúde pública e, especificamente, à vigilância epidemiológica ainda são raras. Além disso, tem-se que investir nas áreas de engenharia e ciências sociais para que, juntas, as pesquisas possam buscar meios viáveis a compelir o crescimento e desenvolvimento do vetor *Aedes Aegypti* e da dengue em meio urbano.

Quadro 7 – Casos de Dengue

Variáveis	POLS	RE	FE
emend_ln	-0.0671*** (0.00498)	-0.0683*** (0.00425)	-0.105*** (0.00519)
pibpc_ln	-0.136*** (0.0289)	-0.232*** (0.0358)	-1.300*** (0.129)
equip_ln	0.0742*** (0.0166)	0.0618*** (0.0214)	-0.728*** (0.101)
plansaude_ln	0.243*** (0.0135)	0.272*** (0.0165)	0.168* (0.0973)
ubs_ln	-0.0953*** (0.0299)	-0.125*** (0.0375)	-0.643*** (0.134)
mulher_ln	0.756*** (0.142)	0.681*** (0.170)	-1.997 (2.073)
crian_ln	-0.222*** (0.0851)	-0.194* (0.101)	-0.0357 (0.258)
idosos_ln	-0.210*** (0.0670)	-0.163** (0.0816)	0.387 (0.350)
Constant	0.107 (0.352)	1.106*** (0.424)	23.44*** (7.594)
BreuschPagan	1006.23		
Prob > chibar2	0.00		
Hausman	252.72		
Prob >chi2	0.00		
Observations	16,823	16,823	16,823
R-squared	0.057		0.035

Robust standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

## 5. CONCLUSÃO

Apesar da importância das emendas parlamentares destinadas para a área da saúde, as pesquisas com esse enfoque se mostraram raras. Visando preencher lacunas presentes nessa literatura, esse trabalho avança ao fazer uma análise econométrica dos avanços obtidos nos indicadores de saúde nos municípios brasileiros após a aprovação da Emenda Constitucional nº 86 de 2015, conhecida como PEC do Orçamento Impositivo, dado que até então não havia obrigatoriedade da execução das emendas individuais. As emendas parlamentares individuais se tornando impositivas, a partir do ano de 2015, foi reduzida a discricionariedade do Poder Executivo, podendo o Poder Legislativo atuar de forma mais autônoma ao ser garantida a execução de seus recursos.

Sem ter como objetivo esgotar o tema, esse trabalho analisou a execução das emendas parlamentares destinadas à área da saúde em um período de quatro anos (2015-2018), buscando explorar a sua relevância no combate às desigualdades regionais, tais como índice de mortalidade infantil, número de casos de doenças negligenciadas e percentual da população coberta por um nível adequado de saneamento básico.

O resultado desse trabalho sugere que, mesmo que as emendas parlamentares gerem discussões e críticas sobre sua utilização como instrumento político em relações entre Executivo e Legislativo (BAPTISTA, 2012), as emendas parlamentares tendem a ser eficientes na redução das desigualdades regionais, refletindo na melhoria dos indicadores de saúde dos municípios brasileiros.

Foi possível identificar limites na base de dados disponíveis, como observado também no trabalho de Piola (2019), não foi possível identificar os valores relativos ao Programa de Atenção Básica no orçamento obtivo no relatório do Sistema SIGA Brasil, uma vez que as despesas foram registradas na subfunção de Administração Geral, e não nas subfunções de Atenção Básica e de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Os dados sobre o repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) às secretarias municipais de saúde foram obtidos no site do FNS para o período analisado.

Esse trabalho enfatiza a importância da Emenda Constitucional nº 86 no aprimoramento das relações entre o Poder Executivo e o Legislativo na esfera municipal ao garantir a execução das Emendas Parlamentares, entretanto, ainda precisam ser estabelecidas prioridades de investimento que possam atender de forma mais eficiente as demandas locais de saúde, dado que, apesar de terem se mostrado eficientes na melhora dos indicadores de saúde, grande parte dos recursos vêm sendo atualmente alocados nas regiões que já possuem tais indicadores acima da média nacional. Baião (2020), ao analisar os municípios brasileiros, também constatou que as localidades com maior carência de recursos de saúde são justamente as que recebem menores valores derivados de emendas. Tal questão sugere a importância da implementação de políticas públicas que incentivem os parlamentares a redirecionarem os seus recursos aos municípios mais carentes e menos desenvolvidos, e não somente a políticas *pork barrel* visando a prestigiarem suas bases eleitorais, pois os centros mais desenvolvidos, onde existe uma maior concentração de eleitores, já possuem os indicadores de saúde acima da média.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. S.; MOREIRA, A. L.; AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada: apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 6, n. 4, 2012.
- BAIAO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, v. 27, n. 71, e004, 2019.
- BAPTISTA, T. W. de F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 2267-2279, 2012.
- BITTENCOURT, R. J.; A qualidade em serviços de emergência hospitalar e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro". Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 929-934, 2007.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_apresentacao\\_propostas\\_ministerio\\_saude\\_2019.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_apresentacao_propostas_ministerio_saude_2019.pdf). Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Brasília (DF). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017_comp.html). Acesso em: 22 jun. 2018.

CARVALHO, M. de; Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais. 56 f. 2007. Dissertação de especialização em Orçamento Público. CEFOR, Brasília, 2007.

CYSNE, R. Arboviroses (dengue, zika e chicungunya) e saneamento básico. Revista Conjuntura Econômica, v. 73, n. 6, p. 37-39, 2019.

FERRAZ, R. R. N. et al. Aspectos históricos da criação dos grupos de pesquisa em dengue no Brasil com a utilização da ferramenta computacional ScriptGP. Ciência & saúde coletiva, v. 23, p. 837-848, 2018.

FLAUZINO, R. F.; SOUZA-SANTOS, R.; OLIVEIRA, R. M. Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 225-240, 2011.

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONG, F. de M. P.; Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional. Editora FGV, 1999.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. Saúde em Debate, [s.l.], v. 40, n. 109, p.163-174, 2017

FUNCIA, F.; OCKÉ-REIS, CARLOS OCTÁVIO. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: Pedro Rossi; Esther Dweck; Ana Luíza Matos de Oliveira. (Org.). Economia para Poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. Iaed.São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

HITIRIS, T.; POSNETT, J. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. Journal of health economics, v. 11, n. 2, p. 173-181, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais - 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 143 p.

LOWI, T. J. “American business, public policy, case-studies, and political theory”. World Politics, vol. 16, nº 4, p. 677-715, 1964.

MARTINS-MELO, F. R.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; HEUKELBACH, J. Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2011: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados. 2016.

MOSCA, I. Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries. Applied Economics Letters, Abingdon, v. 14, p. 511-515, 2007.

MOSCONE, F., KNAPP, Ma., TOSETTI, E.; Mental health expenditure in England: A spatial panel approach. Journal of Health Economics, v. 26, n. 4, p. 842-864, 2007

MOUTINHO, J. da A., KNISS, C. T., MACCARI, E.; A influência da gestão de projetos na estratégia de transferências voluntárias de recursos da União para municípios brasileiros: o caso de uma prefeitura de médio porte. Revista Ibero-Americana de Estratégia — Riae, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 181-207, jan./mar. 2013.

NICOLAU, J. M.; As Distorções na Representação dos Estados na Câmara dos Deputados Brasileira. Dados, Rio de Janeiro, 1997.

NOVAES, L., MATTOS, E.; O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. Revista de Economia Política, v. 30, p. 140-158, 2010.

OKUNADE, A. A.; SURARATDECHA, C. Health care expenditure inertia in the OECD countries: A heterogeneous analysis. Health Care Management Science. Dordrecht, v. 3, p. 31-42, 2000.

PEÇANHA, J. et al. Dengue no Brasil: o que se sabe sobre o impacto econômico da doença? Medwave, v. 10, n. 08, 2010.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. Comportamento estratégico em presidencialismo de coalizão: as relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do orçamento brasileiro. *Dados*, v. 45, n. 2, p. 265-301, 2002.

PEREIRA, C.; RENNÓ, L. “Successful reelection strategies in Brazil: the electoral impact of distinct institutional incentives”. *Electoral Studies*, vol. 22, n° 3, p. 425-448, 2003.

PRIETO, D.; LAGO-PEÑAS, S. Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain. *The European Journal of Health Economics*, v. 13, n. 1, p. 19-27, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10198-010-0276-9>>. Acesso em: 13 nov 2019.

SAGASTUME, M. H. C. G. et al. Orçamento impositivo: a experiência da saúde. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 22, n. 72, 2017.

SANTOS, S. L.; TURRA, C. M.; NORONHA, K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 35, n. 2, e0062, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982018000200155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982018000200155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 set. 2019

SCATENA, J. H. G., TANAKA, O. Y.; Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos? *Revista de Administração Pública*, v. 32, n. 4, p. 7-25, 1998.

SENADO FEDERAL. *Siga Brasil*. 2019. Disponível em:<<http://www12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 01 mar 2019.

SIMÕES, C. C. S. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. OPAS/OMS, 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 de setembro de 2019.

SOARES, M. & LOURENÇO, L.; A representação política dos estados na federação brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19 (56): 113-154, 2004.

SOARES, R. F. et al.; Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 50, n. 4, p. 563-585, 2016.

SOUSA, K. M. Efeitos da arrecadação tributária e dos gastos públicos em Serviços de saúde dos municípios de Pernambuco. 2012. Tese de Doutorado.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M.; Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, W. Doenças negligenciadas. In: *Doenças negligenciadas*. 2010. p. 43-43.

TESOURO NACIONAL. (2018). Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/>>. Acesso em: 11 de setembro de 2019.

WOOLDRIDGE; J. M.; *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, Mass: MIT Press, 2002