

## ANÁLISE DAS EMENDAS PARLAMENTARES PARA DESPESAS DE CAPITAL EM SAÚDE NO PERÍODO 2016-2020

Paulo Estêvão Franco Braga <sup>1</sup>

Mônica Viegas Andrade <sup>1</sup>

Kenya Noronha <sup>1</sup>

### RESUMO

Este artigo analisa o uso de emendas parlamentares para financiar investimentos no SUS entre 2016-2020, considerando a perspectiva regional, espacial e a estrutura constituída. Foi identificado a partir do indicador de I de Moran com uma LISA-I, com concentração de recursos especialmente no Norte e Centro-Oeste, onde há regiões de Alto-Alto em valores per capita recebidos. A análise contrafactual aponta um espalhamento maior entre as microrregiões dos recursos de investimentos via emendas quando comparado com a respectiva estrutura de oferta, também constatou que regiões com menor PIB per capita receberam mais recursos per capita em comparação com cenário contrafactual.

**Área:** Economia

**Palavras chaves:** Emendas parlamentares; Orçamento impositivo; Investimento em saúde; Diferenças regionais.

<sup>1</sup> Centro Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar-UFMG), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## 1. INTRODUÇÃO

A utilização das emendas parlamentares como instrumento de alocação de recursos da União remonta à promulgação da Constituição de 1988 (FRIAS, 2019). Recentemente, observaram-se modificações significativas na maneira como ocorre a tomada de decisão referente aos gastos públicos. A partir de 2015, as emendas adquiriram caráter obrigatório, tornando-se requisito que o Poder Executivo empenhasse e executasse, no mínimo, 1,2% da receita fiscal líquida por meio dessas emendas parlamentares individuais e de bancada, o que se denomina orçamento impositivo (FRIAS, 2019). Anteriormente, tais emendas possuíam natureza direcionadora ou autorizativa, indicando apenas uma possibilidade de destino de recursos.

Pouco tempo após a implementação do orçamento impositivo, testemunhamos o impeachment da presidente Dilma Rousseff, marcando o ápice de conflitos entre os poderes Executivo e Legislativo na última década. Em 2016, Michel Temer assumiu a presidência plena e adotou um regime de austeridade fiscal como estratégia para enfrentar a crise econômica, estabelecendo o Teto de gastos por meio da Emenda Constitucional nº 95 (EC-95<sup>1</sup>) (BRASIL, 2023). Este Teto manteve-se como um impedimento ao crescimento máximo dos gastos públicos até 2022, resultando no aumento do uso de emendas parlamentares para auxiliar municípios e estados a manterem a oferta de serviços em meio à austeridade fiscal (VIEIRA; LIMA, 2022).

O total de emendas parlamentares pode ser subdividido em diversas áreas de atuação, destacando-se a saúde devido à obrigatoriedade de destinação de metade do valor para esse setor. No entanto, é evidente que a percepção direta de melhoria no bem-estar, característica dos serviços de saúde, está associada a benefícios eleitorais (BAPTISTA *et al.*, 2012). Muito embora desde 2016 a participação do investimento no montante total alocado para saúde tenha se reduzido pela pressão exercida pelo teto sobre o orçamento, as emendas parlamentares ainda permanecem sendo um mecanismo fundamental de financiamento dessas despesas. De 2019 a 2022, em média 42% dos gastos nominais de investimento do governo federal em saúde anuais foram financiados através das emendas parlamentares (SIGA BRASIL)<sup>2</sup>.

A ausência de estudos sobre emendas parlamentares em despesas de capital, aliada à relativa escassez de pesquisas empíricas sobre o tema de modo geral, constitui a motivação central deste trabalho. O objetivo principal deste trabalho é analisar a distribuição das despesas de investimento em saúde financiadas através das emendas parlamentares. Especificamente, será analisada a distribuição espacial entre os municípios contextualizando com a importância da estrutura de oferta e do tamanho da população. Será realizada uma análise contrafactual que propõe uma metodologia de distribuição das emendas de investimento em saúde levando em consideração a estrutura de oferta. A revisão da literatura servirá como base para compreender conclusões já alcançadas pela comunidade científica, tanto no aspecto teórico quanto empírico. Na terceira seção, serão discutidos os métodos e critérios de análise empírica utilizados neste estudo, seguidos, na última seção, pela síntese dos resultados obtidos.

## REVISÃO DA LITERATURA

O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil é tripartite: União, estados e municípios utilizam recursos próprios para custear os serviços de saúde (CASTRO *et al.*, 2019; BRASIL, 1988). A esfera federal atua principalmente na definição das diretrizes do sistema, proposição de políticas públicas e criação de programas de governo. A maior parte dos recursos federais

---

<sup>1</sup> Acesso texto original: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>

<sup>2</sup> Acesso texto original: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>

são transferências obrigatórias vinculadas aos programas e políticas nacionais de governo, o que caracteriza uma forma de política pública nacional ao associar a adesão ao recebimento de recursos (PIOLA *et al.*, 2016).

Durante o regime militar, o manejo e direcionamento das verbas federais ficou predominantemente nas mãos do executivo, sendo a participação de deputados e senadores no orçamento cerceada (AMES, 1995). Com a transição democrática e a promulgação da Constituição Federal de 1988, determinou-se que o orçamento do tesouro nacional tivesse participação da população e por consequência dos seus representantes. A participação popular ocorre principalmente através da proposição de emendas parlamentares que é o instrumento pelo qual observa-se a construção de um orçamento da União de Estados e Municípios coletivamente concebido. O termo emenda parlamentar relaciona o fato de o orçamento do governo federal ser aprovado anualmente como uma lei, denominada Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e desse modo a emenda seria um direcionamento complementar de recursos. Isso significa que os parlamentares passam a poder escolher onde e como os recursos serão gastos.

Em 2015, na guinada de um movimento de fortalecimento do legislativo, foi estabelecida a Emenda constitucional 86 (EC-86)<sup>3</sup> que estabeleceu a obrigatoriedade de gastos através de emendas parlamentares em no mínimo 1,2% da receita líquida fiscal. A partir da EC-86, o direcionamento complementar feito pelos parlamentares obteve caráter obrigatório, fortalecendo o legislativo. Para evitar que o executivo tivesse dificuldade em cumprir o mínimo constitucional em saúde (15% de acordo com Brasil (2023)), foi determinado que metade de todos os valores destinados como emenda parlamentar seriam destinados a saúde. A determinação de um mínimo de gastos em emendas foi denominada de orçamento impositivo.

A participação do governo federal no total gasto em saúde tem diminuído ao longo dos anos à medida que o processo de descentralização do SUS, previsto pelo próprio regimento de criação do sistema (Lei nº 8.080/1990)<sup>4</sup>, avança. De 2004 a 2019, a participação do governo federal no financiamento do SUS caiu de 49,1% para 42,1%, enquanto os municípios aumentaram de 24,8% para 31,4% (Servo *et al.*, 2020). No entanto, o elevado financiamento local traz desafios na medida em que as regiões mais ricas poderão fornecer mais serviços, o que pode ocasionar em perdas de igualdade e equidades em saúde.

O dilema entre financiamento local e federal foi agravado com a promulgação da EC-95<sup>5</sup> (emenda constitucional 95) que determinou um máximo de gastos para o governo federal. A partir dessa mudança, o aumento de recursos federais para a saúde estaria condicionado à recomposição das perdas inflacionárias. Nesse contexto de redução do gasto federal, observou-se em 2018 um gasto para a saúde financiado através de emendas parlamentares de 8,8 bilhões (Servo *et al.*, 2020), valor duas vezes maior aos 4,4 bilhões de reais referentes ao orçamento impositivo. Essa discrepância nos leva a inferir que o orçamento impositivo não foi o único fator determinante do aumento do financiamento através de emendas parlamentares. Houve uma escolha do governo federal de alocar recursos via emendas. Dada a importância do recurso federal para diminuição de disparidades, é preciso entender melhor como esse recurso foi distribuído.

## 2.1 Teoria da escolha pública e suas implicações

---

<sup>3</sup> Acesso em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2015/emendaconstitucional-86-17-marco-2015-780276-publicacaooriginal-146355-pl.html>

<sup>4</sup> Acesso em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

<sup>5</sup> Acesso texto original: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>

As emendas parlamentares são frequentemente analisadas a partir do referencial teórico da Teoria da Escolha Pública (TEP). *Pork Barrel* é o termo utilizado por essa literatura para denominar o movimento de destinação regional de recursos por políticos de modo a privilegiar eleitores localmente com objetivo de conseguir votos. O político atua como agente maximizador de votos, o que não necessariamente alcançaria decisões voltadas ao bem-estar da população, sendo seu principal objetivo a perpetuação no poder (SAMUELS, 2002).

O parlamentar pode ser mais capaz de compreender a realidade local do que o burocrata centralizado. Ao privilegiar seus arredores eleitorais, deputados e senadores podem prezar pelas comunidades que não receberam recursos ou que têm necessidades não contempladas. Mas também podem privilegiar as mesmas regiões como forma de recompensa pelos votos angariados, visando próximas eleições. Para Almeida (2021), o político não deve ser visto como antagonista à eficácia e a ganhos de bem-estar, mas como representante do povo em suas demandas e escolhas sociais (Almeida, 2021). Desvincular os gastos em saúde da demanda social desconsideraria as preferências dos financiadores do estado.

Por outro lado, o corpo executivo do estado é mais capaz de tomar decisões técnicas que priorizam custo-benefício. É claro na literatura teórica e empírica que há um dilema entre o que é eficaz e aquilo que é escolhido socialmente. A constituição preza por eficácia e preza por participação popular (BRASIL, 2023). O desafio da democracia seria então contrabalancear o uso responsável de recursos com as demandas advindas do povo por meio de seus representantes indiretos.

## 2.2 Literatura Empírica

Na linha do que é proposto pela TEP e no conceito de *Pork Barrel*, é encontrado na literatura sobre o tema de emendas parlamentares dois tipos de estudos: os que avaliam a equidade na distribuição dos recursos de emendas parlamentares e aqueles que procuram entender os fatores que influenciam o comportamento parlamentar na decisão de alocação dos recursos via emendas. Vieira; Lima (2022) apresenta um estudo sobre a relação entre a demanda por recursos de saúde, mensurada por meio de indicadores como pobreza, renda, tamanho do município, e o recebimento de recursos de emendas parlamentares. A motivação desse estudo parte da mudança ocorrida em 2019, que flexibilizou os critérios para rateio orçamentário em saúde básica. O mecanismo anterior, baseado no PAB-fixo (Piso da atenção Básica), caracteriza-se por um repasse padronizado entre os municípios classificados entre 4 grupos (o grupo mais necessitado recebe um valor maior por habitante e vice-versa). Com a mudança, houve uma flexibilização do PAB, o que resultou na incorporação de emendas parlamentares para financiar o mínimo investido em cada município. Vieira; Lima (2022) avalia se a participação dos parlamentares no orçamento foi fator gerador de iniquidades. As autoras, considerando o PAB-fixo como o “padrão de equidade”, avalia em que medida a distribuição dos recursos gerada após a flexibilização do PAB se desvia desse padrão. O resultado aponta que os deputados e senadores destinaram os recursos conforme os grupos de necessidade definidos pelo PAB-fixo.

Baptista *et al.* (2012) aponta que do período de 1996 a 2006 não foi encontrado padrão regional de destinação de recursos por emendas. A metodologia utilizada por Baptista (2012) é mais simplificada por não envolver nenhum tipo de modelagem, apresentando somente estatística descritiva. No entanto, há convergência dos resultados estimados por Vieira *et al.* (2022) e Baptista *et al.* (2012) na medida em que não verificaram iniquidades na alocação dos recursos destinados à saúde via emendas parlamentares.

Embora as evidências empíricas não indiquem ampliação das desigualdades na distribuição dos recursos via emendas parlamentares, os estudos sugerem a existência de fatores que podem influenciar as decisões dos parlamentares frente a possibilidade de direcionamento

orçamentário, tais como reeleição, votos, e necessidade do município (MEDINA, 2023; BAIÃO *et al.*, 2019; VEIRA; LIMA, 2022; VASSELAI; MIGNOZZETTI, 2014). A distribuição dos recursos via emendas apresenta uma correlação significativa com resultados eleitorais e demanda ou necessidade do município (MEDINA, 2023; BAIÃO *et al.*, 2019; VIEIRA; LIMA, 2022). Deputados e Senadores tendem a destinar recursos a municípios pequenos e com indicadores de saúde piores. (VIEIRA; LIMA, 2022; TORRES, 2020).

### 2.3 Disparidades na estrutura de oferta do SUS

Para entender a distribuição das despesas de investimento, é importante caracterizar a estrutura de oferta que atende o SUS. De forma geral, há desigualdades regionais importantes que dependem do nível do cuidado com saúde. De acordo com Silva (2023), a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) na região Norte e Nordeste é mais precária, com desempenho e oferta considerados insatisfatórios em aproximadamente metade dos municípios (51%) no Norte e em 40% dos municípios no Nordeste. Amaral *et al.*, (2021), a partir de uma análise espacial, utiliza o indicador de população coberta pela equipe de saúde da família para detecção de vazios espaciais na oferta de saúde da atenção primária. Áreas com déficit de cobertura são observadas no Pará, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Na região Norte, esse déficit está relacionado a presença de vazios assistenciais, enquanto nos estados do Sul e Sudeste, esse resultado reflete a cobertura do setor de saúde suplementar.

Diferenças regionais na oferta estão intrinsecamente relacionadas ao financiamento de investimentos que são responsáveis pela formação de capital e recomposição de depreciação. Os estados do norte do Brasil apresentam maiores dificuldades devido ao seu menor desenvolvimento socioeconômico, barreiras geográficas e recursos de saúde limitados. Em Servo (2020) é abordado o fenômeno da regionalização do SUS e como esse fenômeno atingiu diferentes regiões de maneira diversa. O estudo analisou a regionalização da saúde no Brasil e seus efeitos sobre o acesso geográfico e a eficiência. Os resultados indicaram que a distribuição espacial dos serviços de saúde variou significativamente de acordo com a região, com uma concentração de serviços em áreas mais desenvolvidas. Isto resultou em disparidades no acesso aos cuidados de saúde, com os residentes de municípios menos populosos e com menores rendimentos a enfrentarem maiores desafios no acesso aos serviços em comparação com os residentes de áreas maiores e mais ricas. O estudo destaca também a necessidade de uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde para garantir a igualdade de acesso a todas as populações.

As disparidades regionais na oferta de serviços de saúde no Brasil, conforme identificadas por Noronha *et al.* (2020), desempenham um papel significativo na capacidade de atendimento, especialmente diante da pandemia de COVID-19. O estudo revela variações expressivas na distribuição de leitos gerais, leitos de UTI e aparelhos de ventilação mecânica entre as diversas regiões do país. A oferta de leitos gerais e de UTI é observada em todas as macrorregiões brasileiras, mas a disparidade na distribuição é notável. Algumas regiões, como Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Mato Grosso e Goiás, apresentam uma oferta mais substancial, enquanto outras, como Amazonas, Pará, Roraima, Minas Gerais e Ceará, têm uma oferta mais restrita. Adicionalmente, a participação do setor privado na oferta de leitos de UTI é mais proeminente em áreas como São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Goiás. Quanto à distância média para atendimento hospitalar, observa-se uma considerável variação entre as grandes regiões, sendo maior no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esta disparidade pode influenciar o acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões com baixa densidade demográfica (Noronha *et al.*, 2020).

## METODOLOGIA

Na primeira parte dessa sessão, serão apresentadas todas as fontes das informações utilizadas, com devidas explicações e referenciamentos. Em seguida, será apresentado o método de análise utilizado.

### 3.1 Base de dados e indicadores

#### 3.1.1. Informações sobre emendas parlamentares destinadas a investimentos de saúde

Essa pesquisa utiliza as informações organizadas e disponibilizadas por Vieira (2022)<sup>6</sup> sobre as despesas em saúde financiadas através das emendas parlamentares. Existem três principais fontes de dados sobre o orçamento público: Portal da Transparência compilado pela Controladoria-Geral da União (CGU)<sup>7</sup>, Siga Brasil compilado pelo Senado Federal e os próprios órgãos, e o FNS – Fundo Nacional de Saúde que traz os registros das transferências federais para estados e municípios. Por se tratar de registros administrativos, com fontes e formas de lançamento diferenciadas os dados apresentados nessas três fontes divergem (Vieira, 2022). Nesse sentido, o trabalho realizado pela autora na compilação das informações e preenchimento de lacunas entre as três fontes de informação é fundamental. Vieira (2022) propõe uma metodologia para organizar e criticar os registros das despesas com emendas parlamentares destinadas a Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS). As informações estão organizadas por município e subfunção, compreendendo os anos de 2015 a 2020, nesse trabalho devido ao início do orçamento impositivo em 2015, e deficiências nos dados apontados por Vieira (2022) serão utilizados dados de 2016-2020, excluindo-se o ano de 2015. As fontes utilizadas pela autora foram o Siga Brasil<sup>8</sup> e o Fundo Nacional de Saúde, que estão disponíveis de forma pública ou por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI). De acordo com Vieira (2022a), a compilação dessas informações não é trivial devido a dificuldades técnicas relacionadas à complexidade na apresentação e diversidade na organização dos dados. A autora considera todas as emendas parlamentares destinadas à investimento e custeio das ASPS. Na presente pesquisa, serão utilizadas as informações das emendas parlamentares destinadas para investimento dessas ações. A recomposição inflacionária é necessária para retirar efeitos de desvalorização monetária, mas o índice utilizado não é relativo especificamente à área da saúde. Como o IPCA mede o nível de preços de uma cesta de consumo de uma família até 49 salários-mínimos, o deflacionamento por esse indicador não mede especificamente a capacidade dos recursos de financiar o custeio e capital em saúde. No entanto, nas pesquisas econômicas é comum que o IPCA seja utilizado pelo seu caráter geral (dada a amplitude da cesta de consumo) e produção ligada ao IBGE, trazendo confiabilidade a sua estimação. Nesse trabalho, o principal indicador utilizado será constituído pela soma dos valores recebidos ao longo dos 5 anos reajustados a preços de 2020 pelo IPCA, para cálculo dos deflatores foi utilizado a calculador do Banco Central<sup>9</sup>.

#### 1.1.2. Informações de saúde e sociodemográficas municipais

As informações sobre o número de leitos SUS e tamanho da população foram disponibilizadas pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)<sup>10</sup> que compila diferentes indicadores sociodemográficos e econômicos para todos os municípios brasileiros (Quadro 1). Como a

<sup>6</sup> Base dados disponível em: [www.repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10908](http://www.repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10908)

<sup>7</sup> Acesso em: <https://landpage.cgu.gov.br/portaltransparencia>

<sup>8</sup> Painel disponível em: [www.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil](http://www.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil)

<sup>9</sup> <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>

<sup>10</sup> Download dos dados em: <https://iepsdata.org.br/data-downloads>

oferta de hospitais não é organizada no nível municipal, mensuramos a oferta de leitos SUS no nível microrregional (para média e alta complexidade). O quadro 1 descreve os indicadores que serão utilizados e as fontes originais e secundária.

Quadro 1: Indicadores de saúde e sociodemográficos com fontes primárias e secundárias.

Indicador	Fonte primária	Fonte secundária
Número de leitos SUS- 2019	CNES	IEPS
População	DATASUS	IEPS
PIB per capita-microrregiões	IBGE <sup>11</sup> /DATASUS	

Foram também coletadas informações municipais sobre despesas totais em saúde, despesas com investimentos em saúde e total das transferências de recursos federais de saúde para os municípios. Os valores serão deflacionados a preços de janeiro de 2020 com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

### 1.1.3. Informações sobre orçamentos municipais de saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)<sup>12</sup> é a principal fonte nacional para orçamento público de saúde municipalizado. O sistema é alimentado diretamente pelas prefeituras municipais. Dessa fonte foram extraídos dados relativos às despesas totais com saúde, taxa de investimento em saúde, transferências SUS para o período 2016-2020. A partir da taxa de investimento e a despesa total foi calculado o investimento total por município. Todos os dados foram extraídos do TABNET do SIOPS.

## 3.2 Método de Análise

A análise é realizada em três etapas. A primeira etapa busca caracterizar a alocação das emendas parlamentares destinadas a investimentos em saúde do ponto de vista regional e porte dos municípios. Na segunda etapa é realizada uma análise contrafactual para verificar possíveis distorções na distribuição desses recursos provenientes de emendas parlamentares relativamente a distribuição da oferta de serviços de média e alta complexidade medidos pelo indicador de leitos SUS. Por último, uma análise espacial será realizada para identificação de autocorrelação espacial de regiões de saúde contíguas.

### 3.2.1. Caracterização da alocação das emendas parlamentares de investimentos em saúde

Para essa caracterização, será realizada uma análise da evolução temporal, entre 2016 e 2020, do total dos recursos provenientes das emendas parlamentares destinadas a investimentos em saúde. Além da evolução do montante total, será avaliada a participação desses recursos no total das despesas de capital no SUS e no total das despesas de saúde (transferências federais e gastos municipais). Essa análise é importante devido a medida de austeridade fiscal implementada a

<sup>11</sup> Acesso em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=32575>

<sup>12</sup> Acesso em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>

partir de 2016, podendo ter comprometido os repasses de recursos federais para a saúde aos municípios. Nesse cenário, há evidências de que os recursos de emendas parlamentares têm sido utilizados de forma complementar aos recursos obrigatórios, de modo a suprir as demandas de manutenção de serviços essenciais de saúde, podendo ter tido impacto no montante de recursos destinados aos investimentos (VIEIRA; LIMA, 2022).

Posteriormente, será conduzida uma análise da distribuição geográfica desses recursos entre os municípios brasileiros. Essa análise permitirá identificar e caracterizar os municípios que receberam (e que não receberam) os recursos de investimentos provenientes de emendas parlamentares no período. Serão construídos mapas para avaliar essa distribuição geográfica e realizada análise descritiva segundo porte populacional e grande região. Será analisado o montante recebido pelos municípios de cada região e porte relativo ao total investido pelos municípios de cada região, total de transferências SUS e total da população compreendida pelos municípios.

### *3.2.2. Análise contrafactual*

A análise contrafactual será realizada para entender em que medida a distribuição dos recursos provenientes de emendas parlamentares para despesas de capital difere da distribuição caso esses repasses seguissem a distribuição de leitos SUS. Em um primeiro momento, será estimada uma distribuição contrafactual dos recursos das emendas parlamentares supondo que estes fossem alocados conforme a distribuição de leitos SUS entre as microrregiões brasileiras. Essa distribuição contrafactual será comparada com a observada para identificar possíveis distorções regionais na distribuição desses recursos provenientes de emendas parlamentares.

### *3.2.3. Análise espacial*

A identificação de autocorrelação espacial será realizada a partir da estimação do indicador I de Moran, utilizando a matriz de vizinhança do tipo Rainha de primeira ordem (LISA I, *Local indicators for Spatial Association*) A utilização da matriz rainha se justifica pela maior amplitude no conceito de vizinhança. O nome rainha advém do xadrez e nesse caso implica que a fronteira em qualquer direção implicará vizinhança. Primeira Ordem considera vizinhança direta somente. O espaço amostral do indicador é baseado em critérios de vizinhança e são representados em uma matriz. A estimação de correlação espacial permitirá detectar presença de clusters relacionados aos valores per capita alocados através de emendas parlamentares (ANSELIN, 1995). Objetiva-se com a análise espacial identificar indicativos de vazios no que tange recebimento per capita de recursos, assim como se recursos foram concentrados espacialmente.

## **2. RESULTADOS**

Nesse capítulo apresentamos a distribuição dos recursos para investimento em saúde realizados através de emendas parlamentares individuais (EPI) no período de 2016 a 2020. As despesas de investimento são destinadas para ampliação do estoque de bens de capital associados ao provimento de serviços de saúde como equipamentos médicos para diagnóstico e tratamento, obras, edificações ou recomposição de depreciação do estoque.

### *4.1 Evolução histórica das despesas de ASPS via emendas parlamentares*

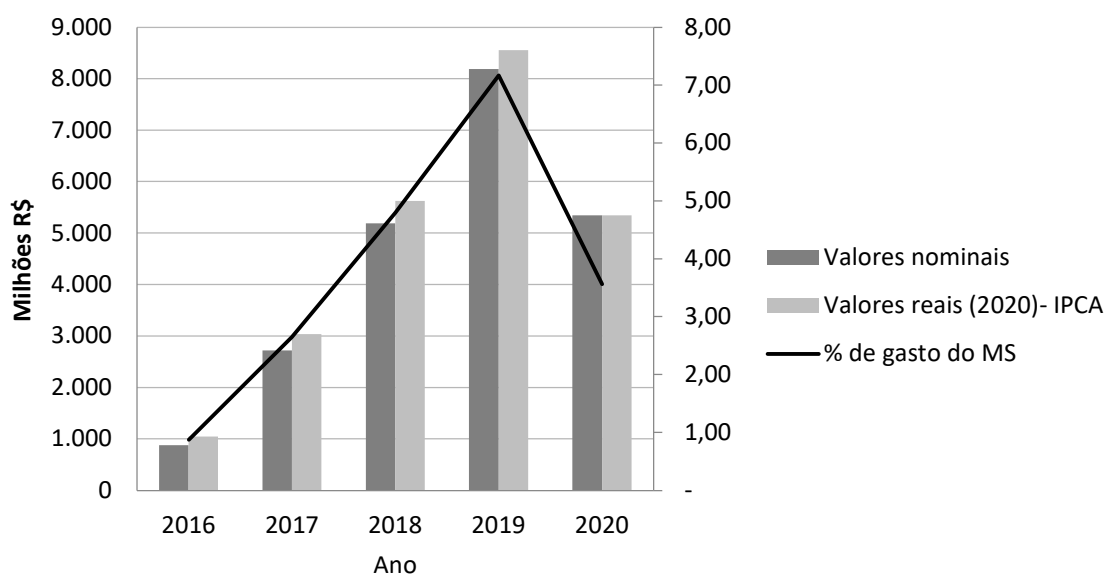
Essa seção apresenta a série histórica dos valores totais de emendas parlamentares destinadas a ASPS. As informações são apresentadas em valores nominais a preços correntes e em valores reais corrigido pelo IPCA (preços de 2020). O montante destinado a gastos de custeio por emendas parlamentares para ASPS entre 2016 e 2019 variou de 1,04 bilhão em 2016 para 8,55 bilhões em 2019 em valores de 2020, representando 0,88% e 7,17% dos gastos do Ministério



da Saúde, respectivamente. A trajetória foi majoritariamente ascendente até 2019, com uma notável queda em 2020, especialmente devido à pandemia de COVID-19. Em termos relativos aos gastos totais do ministério, a queda foi ainda mais significativa, atingindo 3,56%, abaixo do percentual de 2018 (gráfico 1). Os primeiros três anos da série pertencem a um governo distinto daquele dos últimos dois. O aumento do uso desse instrumento de destinação orçamentária foi destacado em trabalhos anteriores, especialmente em Vieira *et al.*, (2022). O teto de gastos limitou o aumento dos gastos totais por área acima da inflação, resultando em um crescimento relativo dos gastos via emendas como uma 'troca' na maneira de destinação, a partir da descentralização da decisão.

No gráfico 2, observa-se como a trajetória das despesas de capital via emendas é diferente da trajetória observada para as emendas alocadas para custeio da ASPS. O gasto com despesas de investimento através das emendas parlamentares apresenta uma trajetória bastante errática. Em 2016 os gastos foram da ordem de 536 milhões, em 2017 não se gastou em capital via emendas enquanto somente em 2018 se gastou 1 bilhão, em valores de 2020 corrigidos pelo IPCA. Nos anos de 2019 e 2020 as despesas retornam ao patamar observado para 2016, 514 milhões e 458 milhões respectivamente a preços de 2020.

Gráfico 1: Custeio em ASPS realizados via emendas parlamentares período 2016-2020, valores reais, nominais e como % de gasto do ministério (eixo secundário)



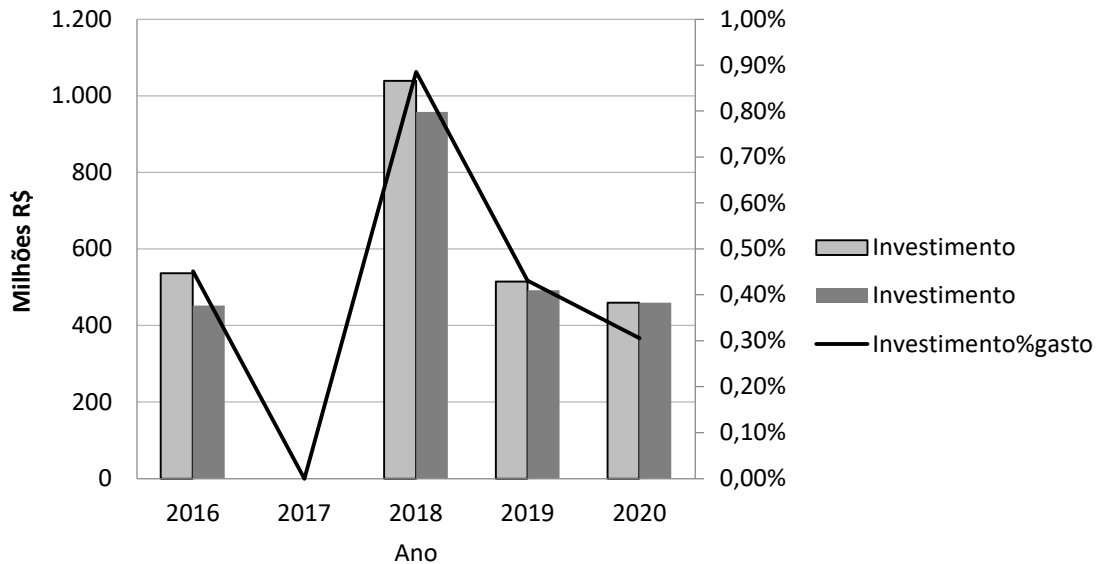
Fonte: IPEA/BACEN/SIGA BRASIL

Relativamente ao total do gasto do MS, é possível notar a ampliação do uso de emendas parlamentares como mecanismo de alocação de recursos de investimento: de 2016 para 2018 o percentual quase dobrou, passando de 0,45% para 0,89%. Entre 2019 e 2020 essa participação se reduz, passando a 0,43% e 0,31% respectivamente. O súbito aumento observado no ano de 2018 pode estar correlacionado ao ano eleitoral, e a queda observada nos valores relativos de 2019 a 2020 explicada pelo aumento das despesas totais do MS devido à pandemia da COVID-19.

Considerando o volume total alocado no período 2016-2020, 26% dos municípios não receberam nenhuma verba direcionada a investimentos por meio de emendas parlamentares nos cinco anos. Além disso a distribuição do gasto de investimento via emendas parlamentares entre os municípios não é estável espacialmente no período. Cerca de 35% dos municípios brasileiros receberam recursos de capital via emendas parlamentares somente um ano durante o período

de 2016-2020, 25% receberam em dois anos diferentes, 11% em 3 anos diferentes e somente 3% receberam em 4 anos no período (Tabela 1).

Gráfico 2: Investimentos em ASPS realizados via emendas parlamentares período 2016-2020, valores reais e nominais (eixo primário) e como % de gasto de gasto do ministério (eixo secundário)



Fonte: IPEA/BACEN/SIGA BRASIL

Tabela 1 - Percentual de municípios por quantidade de anos em que recebeu recursos de emenda parlamentar para gastos em capital no período 2016-2020.

Quantidade anos recebidos	Porcentagem dos municípios
0	25,61
1	35,23
2	25,09
3	11,38
4	2,68

Fonte: IPEA

#### 4.2 Análise da distribuição regional dos recursos de investimento alocados através das emendas parlamentares

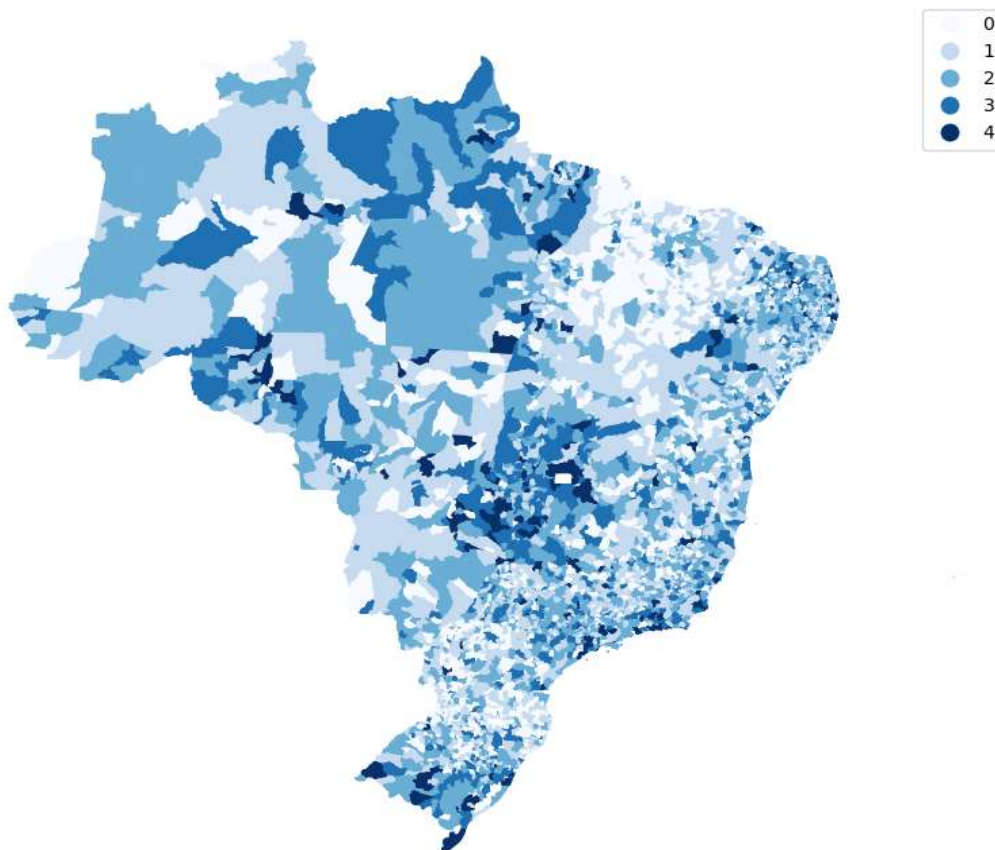
A Figura 1 e Tabela 2 apresentam a distribuição espacial da alocação desses recursos entre os municípios brasileiros segundo as grandes regiões. Municípios que receberam 3 ou 4 anos no período de análise se concentram no extremo Sul do país, região Centro-Oeste, algumas partes da região Norte, e litoral do Sudeste. A região com maior proporção de municípios sem recebimentos é a Sul, seguida da Nordeste, enquanto a Centro-Oeste tem o menor percentual de municípios sem recebimento: somente 11% dos municípios não receberam nenhum recurso de investimento via emenda parlamentar.

Tabela 2 - Número e participação relativa dos municípios sem recebimento de emendas parlamentares para despesas de investimento em saúde no período de 2016 a 2020) segundo grandes regiões, Brasil

Grande-região	Municípios sem recebimento	Total de municípios	% sem recebimento
Norte	58	450	12,9%
Sudeste	296	1664	17,8%
Nordeste	571	1793	31,8%
Centro-Oeste	55	465	11,8%
Sul	444	1188	37,4%

Fonte: IPEA

Figura 1 - Distribuição geográfica de municípios por número de anos que recebeu recursos de emendas parlamentares para gastos em capital no período 2016-2020



Fonte: IPEA/GEOBR

Em relação ao total de recursos municipais destinados ao investimento no período 2016-2020, as emendas parlamentares correspondem a 9,31% do total dos investimentos municipais (Tabela 3). Essa participação não é uniforme entre as regiões, sendo mais elevada nas regiões Norte e Sudeste, onde esse percentual chega a cerca de 12 e 14% respectivamente. Quanto maior esse percentual, mais os investimentos municipais dependem desse tipo de transferência de recursos para capital via emendas parlamentares. No Nordeste esse percentual é o menor, seguido pelo Centro-Oeste e Sul (Tabela 3). Dois fatores podem influenciar esse indicador: o total recebido e o total investido pelos municípios das regiões. Se uma região investe pouco, o montante das

emendas terá maior valor relativo, como é o caso do Norte. Por outro lado, se uma região investe muito, mesmo se receber muito recurso esse percentual será mais baixo, como é o caso da região Centro-Oeste. A Tabela 3 compara também a distribuição relativa dos recursos com distribuição populacional entre as regiões. Chama a atenção a região Centro-Oeste que recebe cerca de 14,24% do total dos recursos de investimento via emenda parlamentar, mas que responde por apenas 6% da população total. Ao mesmo tempo, a região Sudeste tem uma participação importante no total das emendas, cerca de 34%, mas responde por quase a metade da população brasileira (43%).

Tabela 3 - Valor total das despesas de investimento realizadas através de emendas parlamentares no período de 2016-2020, sua distribuição relativa, participação no total das transferências do Ministério da Saúde e no total de recursos municipais destinados a investimento, e distribuição da população segundo as grandes regiões do Brasil

Grande Região	Valor Recebido	%	% transferências do MS	% investimento total	% população
Norte	344.847.538,36	13,55	1,32	13,73	8,90
Sudeste	874.458.084,48	34,35	1,14	12,45	42,66
Nordeste	694.404.024,67	27,28	0,46	6,17	27,56
Centro-Oeste	362.589.847,42	14,24	0,58	8,19	6,41
Sul	269.508.287,64	10,59	0,64	10,09	14,47
<b>Total</b>	<b>2.545.807.782,58</b>	<b>100,00</b>	<b>0,68</b>	<b>9,31</b>	<b>100</b>

Fonte: IPEA/SIOPS/DATASUS

Em relação ao total das transferências do MS, a região com menor percentual de recebimento de emendas de capital para ASPS no total das transferências SUS é o Nordeste com 0,46%, seguida pela região Centro-Oeste com 0,58% e pela região Sul com 0,64%. Essas três regiões estão abaixo da média nacional, o que significa que se a proporção de distribuição do recurso fosse o mesmo que das transferências SUS essas regiões receberiam mais (Tabela 3).

#### *4.3 Análise por porte municipal da distribuição regional dos recursos de investimento alocados através das emendas parlamentares*

Para as despesas de investimento, é fundamental analisar a capacidade dos municípios de gerirem esse recurso. Um indicador que está relacionado à essa capacidade é o porte do município. Municípios maiores, em geral tem maior capacidade de gestão e infraestrutura logística para gerirem esses recursos. A análise da distribuição dos recursos por porte mostra que o percentual de municípios sem recebimento é decrescente com o porte. Enquanto para os municípios com até 10000 habitantes, 35% não recebeu nenhum recurso nos cinco anos, para os municípios acima de 50.000 menos de 10% não recebeu (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e participação relativa dos municípios sem recebimento de emendas parlamentares para despesas de investimento em saúde no período de 2016 a 2020) segundo porte do município, Brasil

Grande-região	Municípios sem recebimento	Total de municípios	% sem recebimento
Até 10 mil	848	2443	34,7%
10 a 20 mil	347	1343	25,8%
20 a 30 mil	108	606	17,8%

<b>30 a 40 mil</b>	52	318	16,4%
<b>40 a 50 mil</b>	15	178	8,4%
<b>50 a 150 mil</b>	46	473	9,7%
<b>150 a 250 mil</b>	6	86	7,0%
<b>250 a 500 mil</b>	1	66	1,5%
<b>Acima de 500 mil</b>	1	47	2,1%
<b>Total</b>	<b>1424</b>	<b>5560</b>	<b>25,6%</b>

Fonte: IPEA/DATASUS

Os municípios de até 10 mil habitantes apesar de terem maior percentual de não recebimento e compreenderem somente 6% do total da população brasileira são o grupo de municípios que captam maior parcela do total das emendas parlamentares destinadas a capital, 19,97%. Segundo a Tabela 4, esse grupo tem a maior representação proporcional das emendas de capital no total investido municipalmente, ou seja, emendas parlamentares representam maior impacto no total investido pelos municípios desse porte populacional.

Nos grupos de municípios até 50 mil habitantes observa-se que todos possuem uma razão investimentos via emendas/transferências SUS acima da média nacional (TABELA 4). O percentual diminui conforme aumenta o porte do município, assim como a representatividade das emendas no total investido pelos municípios em geral diminui. Municípios maiores possuem maior autonomia para realizar seus investimentos, assim como municípios menos populosos tendem a receber maiores recursos per capita devido a menor escala na realização de serviços de saúde. Emendas parlamentares privilegiam municípios menos populosos, os quais recebem 61,12% do recurso enquanto respondem por 31,61% da população.

O recebimento de recursos de capital per capita médio entre os municípios é de 31,30 com desvio padrão de 45,71, já em valores totais a média é 458.869,46 e o desvio padrão 1.161.482,46. Pela diversificação de porte dos municípios a razão média/desvio padrão é maior em valores totais, mas em ambos os casos é menor que um, ou seja, o desvio padrão é maior que a média. Como não há valores negativos, mas há muitos municípios (todo o primeiro quartil) sem recebimentos, municípios no topo da distribuição (último quartil) estão entre 41.33 e 492,97 reais de recebimento per capita e ao concentrarem recursos elevam o desvio padrão. Todos os municípios no percentil 95 e 99 estão abaixo de 21.971,00 habitantes. Ademais a população média desses municípios é 4.262,78 (sd: 3.271,50) e 3.754,75 (sd: 3.754,75) respectivamente.

#### *4.4 Análise contrafactual com base na oferta de leitos*

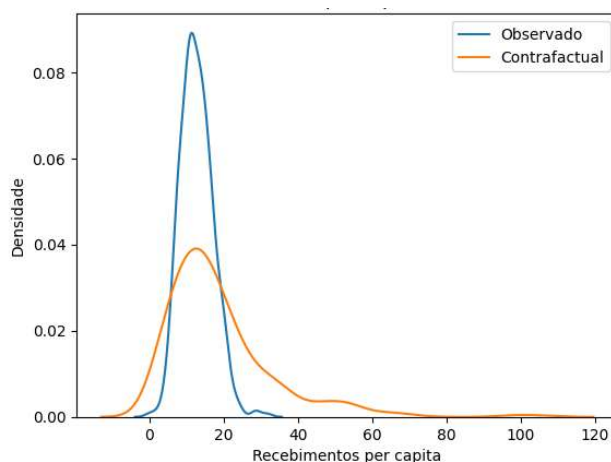
A análise contrafactual é feita por microrregião uma vez que o parâmetro de referência é a distribuição dos leitos. A análise contrafactual compara a distribuição de recursos caso o montante de investimento alocado através das emendas parlamentares seguisse a distribuição total de leitos SUS entre as microrregiões. O recebimento médio observado por microrregião é de 5.819.016,19 (dp:6.008.059,65) durante o período de 2016-2020. A única microrregião que não recebeu nenhum recurso foi Codó, no Maranhão. O valor máximo é 66.682.679,00, encontrado na microrregião de Baixada Cuiabana, no Mato Grosso. A Tabela 5 apresenta estatísticas descritivas para ambos os cenários: observado e contrafactual. Tabela 5 - Estatísticas descritivas das microrregiões, população, observado de recebimentos totais via emenda parlamentar, cenário contrafactual e distorção

<b>Estatística</b>	<b>População</b>	<b>Observado</b>	<b>Contrafactual<sup>13</sup></b>	<b>Distorção<sup>14</sup></b>
<b>Média</b>	472.487,72	5.819.016,19	5.819.016,19	0,00
<b>Desvio-Padrão</b>	916.044,79	6.008.059,65	10.809.951,93	9.509.396,58
<b>Mínimo</b>	13.146,00	-	-	- 124.037.901,68
<b>25%</b>	161.802,00	2.374.628,14	1.828.528,45	- 953.853,65
<b>50%</b>	267.234,00	4.204.750,89	3.286.295,36	641.319,67
<b>75%</b>	438.166,00	7.369.867,07	5.611.981,31	2.502.707,75
<b>Máximo</b>	12.252.023,0	66.682.679,0	138.765.928,35	50.503.994,13
	0	0		

Fonte: IPEA/CNES/DATASUS/IEPS

No cenário contrafactual, os municípios que mais têm leitos receberiam mais recursos, conforme esperado. Os municípios do primeiro, segundo e terceiro quartil possuem limites inferiores de recebimentos de recursos relativamente aos dos valores observados, enquanto o último quartil concentra mais recursos. A Figura 2 mostra uma ampliação da calda na distribuição dos recursos per capita no cenário contrafactual, evidenciando um número pequeno de microrregiões recebendo maiores valores. Na distribuição observada, os valores per capita estão concentrados principalmente entre 0-20 reais.

Figura 2 - Gráfico de densidade de Kernel para gastos via emendas parlamentares em capital per capita, comparativo entre cenário contrafactual e observado.



Fonte: IPEA/CNES

Se o recurso de emendas fosse distribuído conforme a distribuição de leitos o resultado seria negativo para microrregiões com menor PIB per capita, já que receberam acima do cenário contrafactual, e positivo para microrregiões com maior PIB pois receberam abaixo do cenário contrafactual. (Tabela 6).

Tabela 6 - Investimento via emendas parlamentares, total do município, cenário contrafactual e distorção ao cenário contrafactual por quartil de PIB per capita das Microrregiões de Saúde no Brasil (valores em milhões de R\$ de 2020)

<sup>13</sup> Proporção de leitos da microrregião com relação ao país multiplicado por recursos totais destinados por emendas parlamentares

<sup>14</sup> Observado subtraído do contrafactual

	Investimento via emendas		Investimento Municipal		Contrafactual		Distorção	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>1º quartil</b>	4,24	3,12	38,51	19,29	3,27	2,09	0,97	2,65
<b>2º quartil</b>	6,08	5,07	46,24	31,30	4,81	5,47	1,27	5,80
<b>3º quartil</b>	6,38	8,03	63,95	70,28	6,76	11,70	- 0,38	10,74
<b>4º quartil</b>	6,58	6,48	98,45	159,71	8,45	16,87	- 1,88	14,23

Fonte: IPEA/IBGE/BACEN/SIOPS/CNES

Considerando o total de investimento realizado pelos municípios, observa-se um comportamento crescente com o PIB per capita. Os resultados apresentados apontam para um espalhamento maior entre as microrregiões dos recursos de investimentos via emendas parlamentares quando comparado com a respectiva estrutura de oferta. Relativamente ao total investido em saúde, o peso dos recursos de emendas parlamentares será maior quanto menor a renda per capita dos municípios de cada microrregião.

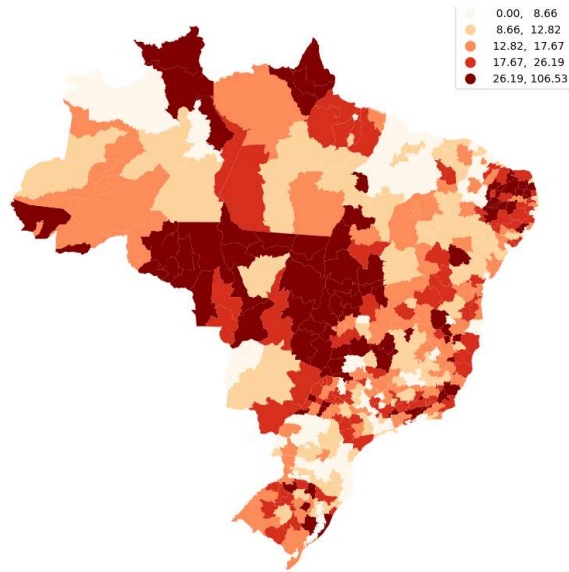
Ao desagregar a análise por estado (APÊNDICE 1), todos os estados da região Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul) e alguns estados do Sudeste (São Paulo, e Rio de Janeiro) e do Nordeste (Maranhão, Ceará, Piauí, Bahia e Pernambuco) receberam abaixo do cenário contrafactual. Entre os 10 estados com maior população e com maior número de leitos, somente dois (Minas Gerais e Pará) receberam acima do cenário contrafactual. Ou seja, os estados maiores estão recebendo recursos para saúde via emendas parlamentares em um volume menor do que o estimado pelo contrafactual que se baseia na oferta de leitos. Por outro lado, os estados do Centro-Oeste e do Norte receberam acima do cenário contrafactual, o que pode indicar concentração regional de recursos via emendas parlamentares nessas duas regiões.

A região norte possui de fato estrutura de saúde mais precária (Noronha *et al.*, 2020; Silva, 2023) o que explica mais recursos serem direcionados a ela, causando a distorção encontrada na análise contrafactual. As regiões Sudeste e Sul possuem também maior participação da saúde suplementar no total de leitos (Noronha *et al.*, 2020), o que seria indicativo de ainda maior distorção se considerados leitos totais em detrimento de leitos SUS como utilizado no estudo, mas também significa menor pressão de demanda para o SUS.

#### 4.5 Análise espacial

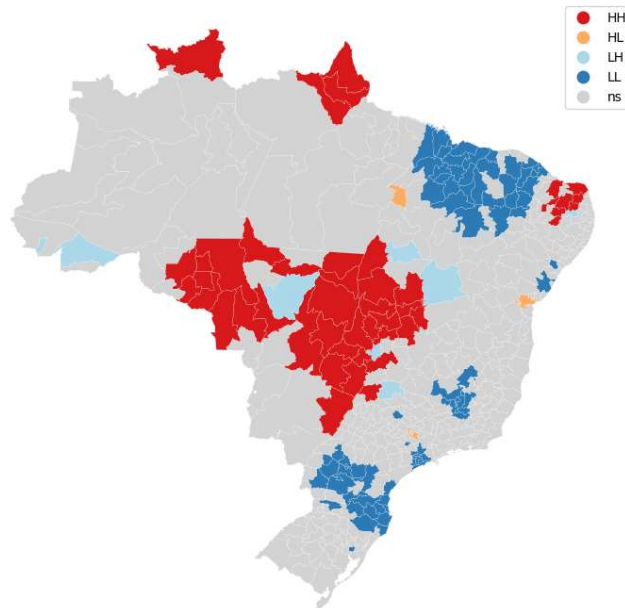
A distribuição espacial dos recebimentos per capita por emendas parlamentares por microrregião (estatisticamente pseudosignificativa a 5%) é observada na Figura 4 em comparativo com a distribuição por quintil apresentada na Figura 3. Na Figura 4, observam-se dois padrões de clusters de regiões: Alto-Alto (HH) representadas pelas áreas vermelhas, e Baixo-Baixo (LL), representadas pelas áreas azuis. As regiões que apresentam padrão alto-alto (HH) se concentram principalmente no Centro-Oeste e em Rondônia e Amapá na região Norte. Essa autocorrelação espacial indica que regiões contíguas ou vizinhas que recebem montantes mais elevados de emendas parlamentares estão próximas daquela que também recebem valores mais elevados (HH). A concentração de recursos espacialmente encontrada corrobora os resultados anteriores: a região Centro-Oeste e parte da Norte se beneficiaram mais com emendas parlamentares de capital no período de 2016-2020. As áreas LL se concentram nas regiões Nordeste, Sul e na área central do estado de Minas Gerais.

Figura 3 - Distribuição geográfica de microrregiões por recursos de emendas parlamentares para gastos em capital per capita acumulado no período 2016-2020



Fonte: IPEA/IBGE/DATASUS/GEOBR/CNES/IEPS

Figura 4 - Autocorrelação espacial de recursos de emendas parlamentares para gastos em capital no período 2016-2020 acumulados per capita



Fonte: IPEA/IBGE/DATASUS/GEOBR/CNES/IEPS

Como o recurso de emendas parlamentares é distribuído a partir da iniciativa dos deputados e senadores, a existência de regiões de alto-alto significa que em comparação com o resto do país, microrregiões contíguas captaram mais recursos por cidadão. De maneira equivalente para regiões Baixo-baixo, regionalmente apresenta-se concentração de microrregiões que receberam poucos recursos per capita. O principal diferencial da análise de autocorrelação espacial com a distribuição apresentada na figura 4 é a possibilidade de detectar não somente se uma região recebeu muito ou pouco per capita, mas se a decisão política realizada para investimento direcionou recursos de forma concentradora espacialmente. Não somente se regiões receberam



poucos (muitos) recursos per capita para investimento a partir de emendas parlamentares, mas também de as microrregiões vizinhas também apresentam esse comportamento.

Do ponto de vista de como emendas parlamentares são executadas, esse comportamento concentrador é importante. Com o orçamento impositivo, os parlamentares obtêm recursos mais uniformemente distribuídos entre eles, dessa forma mesmo passando pelo aval técnico do MS e possíveis medidas de contingenciamento (Vieira *et al.*, 2022), há concentração de recursos por decisão principalmente dos deputados e senadores, tendo eles que ter agido em conjunto para que recursos fossem destinados de tal forma, como por exemplo no caso de Baixada Cuiabana citada anteriormente. Vazios espaciais foram localidades com baixo recebimento com autocorrelação de vizinhança, ou seja, microrregiões que receberam pouco próximas de microrregiões em mesma situação. Como é o caso do Nordeste (Ceará, Maranhão e Piauí) e do Sul (Paraná e Santa Catarina). Na análise contrafactual, os valores recebidos para investimento em saúde via emendas parlamentares nesses 5 estados foram menores do que o estimado se os recursos fossem alocados conforme a oferta de leitos.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise detalhada sobre a distribuição dos recursos para investimentos em saúde por meio de emendas parlamentares individuais no período de 2016 a 2020, é possível tirar algumas conclusões. A evolução histórica das despesas de Atenção Primária à Saúde (ASPS) via emendas parlamentares revela uma trajetória ascendente até 2019, com uma notável queda em 2020, especialmente devido à pandemia de COVID-19. Nota-se o caráter intermitente da despesa de capital por emendas evidenciado pelo baixo percentual, 3% do total dos municípios, que receberam recursos em 4 anos diferentes no período 2016-2020, considerando que 2017 nenhum município recebeu recursos.

A análise regional demonstra uma distribuição desigual dos recursos, destacando uma concentração significativa de investimentos nas regiões Centro-Oeste e Norte, enquanto o Nordeste e o Sul enfrentam maiores desafios na obtenção desses recursos. A análise por porte municipal indica que municípios menos populosos, apesar de representarem uma parcela menor da população, captam uma proporção expressiva das emendas parlamentares destinadas a investimentos em saúde.

A análise contrafactual revela divergências entre a distribuição real dos recursos e uma distribuição baseada na oferta de leitos. Em geral, menos recursos foram distribuídos para garantir o não deterioramento da oferta de serviços de saúde nas regiões com oferta já estabelecida e mais recursos foram direcionados para expansão de oferta onde há possíveis déficits. Microrregiões com maior PIB receberam menos recursos, enquanto as microrregiões com menos investimentos municipais em saúde foram as de menor PIB per capita. Pode-se inferir que os recursos de emendas parlamentares privilegiaram regiões com menor desenvolvimento.

A análise espacial destaca padrões de concentração e dispersão de recursos, mostrando regiões contíguas que tendem a ter comportamentos semelhantes na recepção de recursos via emendas parlamentares. Em síntese, a análise aponta desafios significativos para garantir uma distribuição mais equitativa de recursos por meio de emendas parlamentares no setor de saúde. Há necessidade de aprimoramentos nas políticas de alocação de recursos para garantir uma cobertura mais abrangente e justa, alinhada às necessidades das diferentes regiões e municípios do Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, D. P. B. DE .. *O mito da ineficiência alocativa das emendas parlamentares*. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 34, p. e239518, 2021.
- AMARAL, Pedro et al. *Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros*. *Revista brasileira de estudos urbanos e regionais*, v. 23, 2021.
- AMES, Barry. *Electoral strategy under open-list proportional representation*. *American Journal of Political Science*, p. 406-433, 1995.
- ANSELIN, L. Local Indicator of Spatial Association – LISA. *Geographical Analysis*, v. 27, n. 3, p. 93-115, 1995.
- BAIÃO, A. L. et al. *Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil*. *Revista de Sociologia e Política*, DOI: 10.1590/1678-987319277104, v. 27, n. 71, p. 1–21, 1 jan. 2019.
- BACEN. *Calculadora do cidadão*. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>. Acesso em: 26 out. 2023.
- BAPTISTA, T. W. F. et al. *As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde*. *Cadernos De Saude Publica*, DOI: 10.1590/s0102-311x2012001400006, v. 28, n. 12, p. 2267–2279, 1 dez. 2012.
- BRASIL (org.). *EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86, DE 2015*. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2015/emendaconstitucional-86-17-marco-2015-780276-publicacaooriginal-146355-pl.html>. Acesso em: 26 out. 2023.
- BRASIL (org.). *EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 2016*. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>. Acesso em: 26 out. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Palácio do Planalto. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 26 dez. 2023.
- BRASIL. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 26 out. 2023.
- CASTRO, Marcia C. et al. *Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future*. *The lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019
- Controladoria Geral da União. *Portal da Transparência*. Disponível em: <https://landpage.cgu.gov.br/portalthransparencia>. Acesso em 26 out. 2023.
- DA SILVA, Daniel Nogueira. *Indicadores municipais da Atenção Primária à Saúde no Brasil: desempenho e oferta no período 2020-2022*. Belo Horizonte: UFMG, 2023.
- FRIAS, P. *O impacto do orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais e coletivas no Presidencialismo de Coalizão*. *Revista Ensaio*, DOI: 10.22409/re.v15i0.43004 MAG ID: 3034042680 S2ID: d4b0e53db901357d50d39cba82a48f76df8396f3, v. 15, p. 146–155, 1 jan. 2019.

- IBGE. *Produto interno bruto dos municípios*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=32575>. Acesso em: 26 out. 2023
- IEPS. *IEPS Data*. 2021. Disponível em: <https://iepsdata.org.br/data-downloads>. Acesso em: 26 out. 2023
- IPEA. *Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido segundo áreas de alocação dos recursos (2015–2020)*. Disponível em: [www.repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10908](http://www.repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10908). Acesso em 26 out. 2023.
- MEDINA, S. A. *Emendas parlamentares individuais e a efetividade da política pública de saúde nos municípios brasileiros Individual parliamentary amendments and effectiveness in public health policy*. 2021. Universidade Federal de Viçosa, 2021. Disponível em: <<https://locus.ufv.br/handle/123456789/29627>>.
- NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. *Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários*. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00115320, 2020.
- Pereira R, Goncalves C (2023). *geobr: Download Official Spatial Data Sets of Brazil*. R package version 1.8.1, <https://github.com/ipeaGIT/geobr>.
- PIOLA, S. F. et al. *The effects of Constitutional Amendment 29 on the regional allocation of public funds for the National Health Service in Brazil*. *Ciencia & Saude Coletiva*, DOI: 10.1590/1413-81232015212.10402015, v. 21, n. 2, p. 411–421, 1 fev. 2016.
- SAMUELS, D. “Pork barreling is not credit claiming or advertising: campaign finance and the sources of personal vote in Brazil”. *The Journal of Politics*, vol. 64, n° 3, p. 845-63, 2002.
- SENADO FEDERAL. *SIGA BRASIL*. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 26 out. 2023.
- Servo, Luciana Mendes Santos et al. *Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia*. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 26 Novembro 2023], pp. 114-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.
- SERVO, Luciana Mendes Santos. *O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência*. Belo Horizonte: UFMG, 2020.
- SIOPS. *SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>. Acesso em: 26 out. 2023
- TORRES, Igor Machado. *O EFEITO DAS EMENDAS PARLAMENTARES NOS INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE*. Juiz de Fora: UFJF, 2020. <http://www.repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/11979/1/igormachadotorres.pdf>, acesso em 25/06/2023
- VASSELAI, F.; MIGNOZZETTI, U. G. *O Efeito das Emendas ao Orçamento no Comportamento Parlamentar e a Dimensão Temporal: Velhas Teses, Novos Testes. Dados-revista De Ciencias Sociais*, DOI: 10.1590/00115258201425 MAG ID: 2080840764, v. 57, n. 3, p. 817–853, 1 set. 2014.

VIEIRA, F. S.; LIMA, L. D. *Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB*. *Revista de Saúde Pública*, DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056004465, 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. *Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: Método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020)*. Texto para Discussão, 2022.

**APÊNDICE:** Soma dos investimentos municipais, investimento via emendas, análise contrafactual e distorção da análise contrafactual período 2016-2020 e População, Leitos SUS e PIB para 2019, por UF

<b>UF</b>	<b>Investimento municipal</b>	<b>Investimento via emendas</b>	<b>População 2019</b>	<b>Leitos SUS 2019</b>	<b>PIB</b>	<b>Contrafactual</b>	<b>Distorção</b>
<b>AC</b>	131.481.440,33	22.540.662,77	881.935,00	1.420,00	15.630.016,94	11.965.485,68	10.575.177,09
<b>AL</b>	429.232.926,15	44.149.402,66	3.337.357,00	4.646,00	58.963.728,73	39.149.046,83	5.000.355,83
<b>AM</b>	493.279.337,05	44.058.664,77	4.144.597,00	5.546,00	108.181.091,00	46.732.805,36	- 2.674.140,59
<b>AP</b>	128.313.744,63	38.878.762,53	845.731,00	1.022,00	17.496.661,07	8.611.779,13	30.266.983,39
<b>BA</b>	1.688.322.830,44	179.662.718,82	14.873.064,00	24.150,00	293.240.503,59	203.497.520,63	- 23.834.801,81
<b>CE</b>	1.063.398.592,17	64.039.911,50	9.132.078,00	15.042,00	163.575.327,18	126.749.884,28	- 62.709.972,78
<b>ES</b>	592.141.470,94	78.383.466,35	3.656.553,00	4.351,00	113.688.958,15	36.663.259,31	41.720.207,04
<b>GO</b>	1.713.809.529,54	196.782.462,98	7.016.316,00	10.708,00	208.631.158,61	90.229.873,74	106.552.589,24
<b>MA</b>	715.308.808,95	32.284.332,01	7.075.181,00	12.313,00	97.339.938,02	103.754.243,13	- 71.469.911,11
<b>MG</b>	2.776.580.491,10	267.121.097,13	21.149.761,00	29.599,00	651.622.278,44	249.412.965,34	17.708.131,79
<b>MS</b>	410.746.520,99	36.417.118,89	2.755.655,00	3.927,00	106.579.954,90	33.090.466,40	3.326.652,49
<b>MT</b>	786.526.720,52	128.625.194,57	3.484.466,00	5.458,00	142.122.027,97	45.991.282,30	82.633.912,26
<b>PA</b>	912.077.862,22	112.625.014,74	8.602.865,00	11.423,00	178.376.983,52	96.254.748,58	16.370.266,16
<b>PB</b>	603.716.813,61	86.500.171,35	4.018.127,00	6.831,00	67.986.073,55	57.560.727,26	28.939.444,09
<b>PE</b>	1.080.943.045,59	134.164.192,23	9.554.010,00	16.837,00	197.660.603,53	141.875.269,35	- 7.711.077,12
<b>PI</b>	570.914.378,00	35.312.051,35	3.273.227,00	6.699,00	52.780.784,69	56.448.442,68	- 21.136.391,33
<b>PR</b>	2.044.765.634,07	83.370.693,72	11.433.957,00	18.872,00	466.377.036,43	159.022.990,03	- 75.652.296,31

<b>RJ</b>	1.664.223.039,66	168.879.790,01	17.061.158,00	21.578,00	770.099.257,34	181.824.824,0 2	- 12.945.034,01
<b>RN</b>	484.594.914,27	92.102.119,34	3.506.853,00	6.059,00	71.336.780,17	51.055.547,72	41.046.571,62
<b>RO</b>	337.521.497,29	50.570.313,52	1.777.225,00	3.573,00	47.091.335,81	30.107.521,37	20.462.792,15
<b>RR</b>	165.092.355,18	30.374.526,94	605.761,00	1.142,00	14.292.227,13	9.622.946,94	20.751.580,01
<b>RS</b>	1.369.237.946,42	151.241.435,39	11.339.310,00	20.202,00	481.792.880,56	170.230.099,8 6	- 18.988.664,47
<b>SC</b>	956.236.866,18	34.969.680,01	7.164.788,00	11.120,00	323.263.857,40	93.701.549,87	- 58.731.869,86
<b>SE</b>	248.480.130,93	26.291.303,05	2.298.696,00	2.586,00	44.689.482,88	21.790.666,18	4.500.636,87
<b>SP</b>	5.259.664.079,48	355.660.363,20	45.915.598,00	54.169,00	2.348.191.975,7 3	456.449.573,2 9	- 100.789.210,09
<b>TO</b>	358.852.206,59	47.904.623,76	1.572.866,00	2.506,00	39.355.941,22	21.116.554,31	26.788.069,45

Fonte: SIOPS/IPEA/DATASUS/IBGE/CNES