

## Emendas Parlamentares em saúde: para onde caminham?

Victor Nobre<sup>1</sup>, Milena Rodrigues<sup>1</sup>, Marcella Semente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

### Resumo

- Este documento analisa a execução orçamentária\* das emendas parlamentares destinadas à saúde entre 2016 e 2024;
- Houve um crescimento expressivo do volume de recursos empenhados por meio de emendas parlamentares na saúde. Entre 2016 e 2023, os recursos destinados por emendas parlamentares à saúde mais que quadruplicaram, passando de R\$ 5,7 bilhões para R\$ 22,9 bilhões. Em média, 92,9% das emendas parlamentares em saúde foram empenhadas em relação ao seu orçamento autorizado. Esse percentual aumentou conforme as regras de impositividade;
- Os recursos destinados via emendas parlamentares foram progressivamente direcionados ao pagamento de despesas correntes, em detrimento de investimentos. Destaca-se a ampliação da responsabilidade do Poder Legislativo sobre a destinação territorial do orçamento público federal da saúde e a proporcional redução da discricionariedade de alocação de recursos pelo Poder Executivo (redução de 90,7% em 2016 para 47,7% em 2023 na composição das despesas de custeio e investimento);
- O Poder Legislativo adquiriu uma influência maior do que o Ministério da Saúde sobre as despesas não obrigatórias das duas principais subfunções da saúde. Nos últimos anos, a Assistência Ambulatorial e Hospitalar (AHA) e a Atenção Básica (AB)<sup>†</sup> estão sendo financiadas em maior medida por recursos destinados via emendas parlamentares do que por despesas discricionárias do Poder Executivo;
- As regiões Norte e Nordeste, localidades com percentuais de pré-natal adequado mais baixos, receberam mais recursos para a AB por meio de emendas parlamentares do que regiões com percentual mais alto. Por outro lado, não foi observado padrão entre o repasse de emendas para AHA e a mortalidade materna hospitalar. Os estados com maior volume de recursos *per capita* destinados via emendas parlamentares, tanto para a AB quanto para a AHA, são também estados sobrerrepresentados no Legislativo;
- Municípios de menor porte populacional, com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) igual ou superior a 80% e nível de vulnerabilidade social mais alto recebem, via de regra, mais recursos por meio de emendas parlamentares do que os municípios com características opostas.

### Introdução

As Emendas Parlamentares (EP) são o instrumento do Poder Legislativo para indicação de recursos públicos para determinadas localidades e áreas do go-

\*A execução orçamentária caracteriza-se pelo processo de empenho ou reserva de recursos para pagamento em relação a dotação orçamentária autorizada na Lei Orçamentária Anual (LOA).

<sup>†</sup>Embora a terminologia mais comum para se referir à Atenção Básica seja “Atenção Primária à Saúde (APS)”, nos identificadores das subfunções do orçamento federal da saúde, ela é denominada como Atenção Básica (AB). Dessa forma, a fim de fazer referência direta a essa subfunção, optamos por utilizar essa nomenclatura como sinônimo de APS.

verno de sua preferência. Resumidamente, as EP podem ser classificadas de quatro formas: I) EP individuais (RP-6), cuja destinação é de atribuição de cada senador ou deputado; II) EP de bancada (RP-7), de autoria de bancadas estaduais ou regionais; III) EP de comissão (RP-8), caracterizadas por serem de autoria das comissões permanentes de cada uma das casas do Congresso Nacional; e IV) EP de relator (RP-9), cuja autoria é atribuída ao deputado ou senador escolhido para relatar a peça orçamentária anual (LOA).<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituídas pela Lei n. 13.957/2019, as EP de relator vigoraram entre 2020 e 2022, quando foram consideradas inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em razão de sua falta de transparência.



**Tabela 1. Linha do tempo das principais normas legais relativas às emendas parlamentares**

Normativas	Conteúdo
EC n. 86/2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Torna obrigatória a execução das EP individuais (orçamento impositivo);</li><li>• O volume total de recursos para execução das EP individuais deve ser de até 1,2% da RCL (Receita Corrente Líquida) do ano anterior;<sup>2</sup></li><li>• Metade do recurso deve ser destinada às ASPS.</li></ul>
EC n. 100/2019	<ul style="list-style-type: none"><li>• A obrigatoriedade de execução passa a vigorar sobre as EP de bancada, tornando-as também impositivas.<sup>3</sup></li></ul>
EC n. 105/2019	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criação das transferências especiais, isto é, EP individuais sem finalidade programática definida (“Emendas Pix”).</li></ul>
Lei n. 13.957/2019 <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introdução das EP de comissão permanentes (RP-8) e EP de relator-geral (RP-9).<sup>5</sup></li></ul>
PEC n. 32/2022	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alocação dos recursos das EP de relator entre EP individuais e programações de execução discricionária pelo Executivo (de execução não obrigatória);</li><li>• Redefinição do cálculo de base das EP individuais, passando de 1,2% para 2% da RCL.</li></ul>

Fonte: Excerto adaptado de Faria (2023).

Até a primeira metade da década de 1980, o papel do Poder Legislativo era limitado, tendo por única atribuição a aprovação ou não dos instrumentos orçamentários, sem a possibilidade de propor ou realizar modificações sobre eles Guedes (2000).

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, diversas mudanças no processo de elaboração do orçamento federal foram instituídas. Entre as principais delas, a participação mais ativa do Poder Legislativo na alocação do gasto público brasileiro (Baião, Couto e Oliveira, 2019), particularmente por meio da indicação de EP, que permite alterar a peça orçamentária apresentada pelo Executivo (Piola e Vieira, 2019).

Entre 2006 e 2013, além de obedecer à Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/2000), as EP eram regidas pela Resolução n. 01/2006, figurando apenas como autorizativas, isto é, com sua execução sujeita à decisão do Poder Executivo. Com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.

86/2015<sup>6</sup>, foi instituído o “orçamento impositivo”, e as EP individuais passaram a ser de execução obrigatória, ampliando a influência do Poder Legislativo sobre o orçamento federal. Com isso, a EC também gerou maior isonomia no repasse feito pelos deputados e senadores, visto que proibiu o Poder Executivo de priorizar deputados ou partidos específicos na execução da lei orçamentária (Baião, Couto e Oliveira, 2019).

Ao mesmo tempo, a EC n. 86/2015 determinou que metade dos recursos das EP fosse destinada às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), incluindo custeio<sup>7</sup>, e que esses valores comporiam o piso constitucional federal de aplicação mínima em ASPS. Em 2019, a obrigatoriedade de execução das EP foi ampliada às EP de bancada, por meio da EC n. 100/2019<sup>8</sup>. Tais medidas, em última instância, implicaram em uma influência crescente do Poder Legislativo no orçamento federal. A Tabela 1 sintetiza as principais mudanças legais que impactaram as EP nos últimos anos.

<sup>2</sup>Antes, o valor por parlamentar era definido preliminarmente no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), segundo a Resolução n. 1/2006 do Congresso Nacional.

<sup>3</sup>A imposição das EP de bancada já estava em vigor devido à LDO a partir de 2016, tendo sido finalmente instituída em 2019 pela EC n. 100/2019.

<sup>4</sup>Alteração da LDO de 2020.

<sup>5</sup>Anteriormente à promulgação da Lei n. 13.957/2019, as EP de relator-geral e de comissão permanentes integravam a lei orçamentária sem identificação de marcadores. Com isso, não era possível verificar os valores alocados a essas EP nos dados de orçamento.

<sup>6</sup>A impositividade das EP individuais entrou em vigor no ano anterior por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2014.

<sup>7</sup>É importante ressaltar que por custeio se caracterizam os pagamentos referentes às diversas despesas correntes, exceto pagamentos de pessoal e encargos sociais. Conforme o disposto no Art. 166-A da CF, é vedado o repasse de EP para gastos dessa natureza, sendo estas despesas de atribuição exclusiva da União.

<sup>8</sup>A obrigatoriedade de execução orçamentária das EP de bancada foi instituída a partir da LDO de 2016.



Entre 2016 e 2024<sup>9</sup>, os recursos federais totais autorizados para as EP<sup>10</sup> dobraram, com uma expansão, em termos reais, de R\$ 35,4 bilhões. Em 2024, seu montante será de R\$ 49,2 bilhões, o segundo maior da série histórica - atrás apenas de 2020, quando sua dotação autorizada foi de R\$ 46,1 bilhões. Em termos relativos, essa quantia corresponde a um quinto das despesas não obrigatórias totais do Poder Executivo Federal, ou seja, de cada R\$ 5 em despesas discricionárias, R\$ 1 está em EP. Em 2016, esse montante era de apenas R\$ 13,7 bilhões, 3,5 vezes menor que o valor de 2024. Em razão da relevância crescente das EP no orçamento público federal e sua importância no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o seu monitoramento torna-se fundamental.

Nesse contexto, esta nota técnica tem por objetivo analisar a evolução da execução orçamentária das EP na saúde entre 2016 e 2024 e verificar como elas têm sido direcionadas ao longo desse período. Adicionalmente, este documento analisa a relação entre a alocação de recursos via EP individuais *per capita* e indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos, buscando identificar se os recursos estão sendo direcionados às localidades mais vulneráveis. Os indicadores utilizados neste documento são descritos na seção seguinte.

## Metodologia e Dados

Este documento foi elaborado a partir da análise da execução orçamentária<sup>11</sup> dos recursos da Lei Orçamentária Anual indicados pelo Poder Legislativo – as Emendas Parlamentares – destinados à saúde entre 2016 e 2024<sup>12</sup>. Tais despesas são caracterizadas pelos identificadores de resultado primário (RP) 6, 7, 8 e 9, que identificam as EP em quatro modalidades (individuais, de bancada, de comissão e de relator, respectivamente), e por duas ações orçamentárias de

indicação exclusiva do parlamento: Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde (2E89) e Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (2E90). Entre 2019 e 2024, essas indicações podem ser identificadas não apenas entre as EP, mas também nas despesas discricionárias (RP-2). Na prática, isso implica, em última instância, na superestimação do volume de despesas discricionárias e subestimação do volume das EP. Portanto, para mensurar com precisão a magnitude das EP no orçamento federal da saúde, os recursos das ações 2E89 e 2E90 foram somados às despesas correntes pertencentes aos identificadores de resultado primário destinados às emendas e subtraídos do identificador de despesas discricionárias.<sup>13</sup> Os dados são oriundos do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e foram acessados e extraídos do Painel do Orçamento do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) no mês de junho de 2024. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Informações mais detalhadas sobre como foram calculados os valores analisados podem ser conferidas no Apêndice Metodológico, localizado no final deste documento.

No cálculo do repasse de EP *per capita*, utilizamos os recursos empenhados de EP individuais considerando o repasse para dois eixos estruturantes do SUS: a Atenção Básica (AB) e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA). Os valores empenhados foram utilizados com o objetivo de verificar o cumprimento do Poder Executivo em relação aos pagamentos previstos para o respectivo ano. A escolha em centralizar a análise exclusivamente nessa modalidade de EP se deve ao fato de que, além de concentrar a maior parte dos recursos de EP e serem direcionadas em maior volume a essas duas subfunções, sua caracterização<sup>14</sup> traz mais informações sobre as prioridades na alocação de recursos em ASPs pelos parlamentares em cada município. Analisamos as duas subfunções por região em 2016 e 2022, utilizando os dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibili-

<sup>9</sup>Dados coletados do Painel Emendas no portal SIGA Brasil no dia 21 de maio de 2024.

<sup>10</sup>Recursos ancorados nos identificadores de resultado primário RP-6, RP-7 e RP-8.

<sup>11</sup>A exceção, em relação às métricas orçamentárias utilizadas, foi somente para o ano de 2024, onde consideramos apenas sua dotação autorizada. Isso ocorre porque, diferente dos demais períodos, o exercício financeiro corrente se encerra apenas ao fim deste ano, e sua execução orçamentária ainda está em andamento.

<sup>12</sup>O recorte temporal utilizado justifica-se pela magnitude da participação dos valores pagos em EP no orçamento federal da saúde. Em 2015, as EP respondiam por menos de 0,5% da execução financeira federal da pasta. Em 2016, com os efeitos da EC n. 86/2015, essa participação foi de 1,5%, seguindo uma tendência de aumento expressivo nos anos subsequentes. Ver mais em Nobre (2023).

<sup>13</sup>Os valores foram somados ao montante de EP e subtraídos das despesas discricionárias (RP-2) conforme a seguinte distribuição: em 2019, R\$ 5,6 bilhões; em 2020, R\$ 26,6 bilhões; enquanto em 2023 e 2024, R\$ 8,2 bilhões e R\$ 779 milhões, respectivamente. A descrição das ações e os valores que compõem cada uma delas estão descritos na Tabela B2 do Apêndice Metodológico.

<sup>14</sup>Isto é, a autoria e a localidade de destino (estado ou município) das EP individuais são definidas no início do processo orçamentário. Por outro lado, as EP de bancada são direcionadas a estados, e as de comissão são direcionadas nacionalmente.



zados pelo MS. Esses dados nos permitem identificar o volume de recursos em EP individuais destinados a cada município, e quais áreas da saúde foram contempladas por esses recursos.

No caso do contingente populacional para cada município, estado e região, foram consideradas as estimativas de população residente utilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para a determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), disponíveis no DATASUS. Para tanto, no cálculo do repasse de EP individuais *per capita* de 2016, considerou-se a estimativa populacional do mesmo ano, enquanto no repasse de EP de 2022, a projeção populacional utilizada foi a de 2021 – último ano com projeção populacional disponível.

Para identificar se os recursos alocados via EP estão sendo direcionados para regiões com maiores barreiras de acesso e qualidade à saúde, consideramos dois indicadores: I) em relação à AB, utilizamos o percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado<sup>15</sup>, obtido por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); e II) em relação à AHA, a taxa de mortalidade materna hospitalar a cada 100 mil nascidos vivos<sup>16</sup>, disponível no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Nas análises relativas ao repasse de EP individuais<sup>17</sup> *per capita* segundo critérios socioeconômicos, demográficos e de saúde, foram utilizados os seguintes indicadores: I) porte populacional dos municípios; II) o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) dos municípios<sup>18</sup>; e III) a cobertura da Estratégia Saúde

da Família (ESF), extraída do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), disponíveis pelo MS. Para a construção do percentual de cobertura da ESF, calculamos a razão entre o número de pessoas cobertas por equipes ESF e a população SUS exclusiva segundo município e ano.<sup>19</sup> Para isso, subtraímos da população residente de cada município o número de beneficiários de operadoras de plano de saúde<sup>20</sup> – esse último é disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), vinculada ao MS.

Os municípios foram classificados segundo seu porte populacional, de acordo com seis categorias definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pequeno Porte I (municípios com até 20 mil habitantes), Pequeno Porte II (20.0001-50.000 habitantes), Médio Porte (50.001-100.000), Grande Porte (100.001-900.000) e MetrÓpole (municípios com mais de 900 mil habitantes). Os municípios também foram agrupados em duas categorias: i) os que possuem cobertura da ESF igual ou maior que 80%; e II) os que possuem cobertura abaixo de 80%. O motivo desse recorte deriva da hipótese de que as EP individuais poderiam estar sendo direcionadas, em termos de volume *per capita*, aos municípios com menor nível de cobertura da ESF, ou seja, maior demanda por serviços de APS. Em relação ao IVS, foram utilizados os parâmetros do Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros (Costa e Murguti, 2015): muito baixa vulnerabilidade social (municípios com IVS entre 0 e 0,2), baixa vulnerabilidade social (IVS entre 0,201 e 0,300), média vulnerabilidade social (0,301-0,400), alta vulnerabilidade social (0,401-0,500) e muito alta vulnerabilidade social (municípios com IVS entre 0,501 e 1).

<sup>15</sup>A Atenção Básica é o nível de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e contínuo durante a gravidez. Por essa razão, o percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram acompanhamento pré-natal adequado (com seis ou mais consultas, sendo a primeira com início anterior ao terceiro mês de gravidez, como preconiza o MS) é um importante indicador que reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal. Saiba mais [aqui](#).

<sup>16</sup>Relação entre o número de óbitos por causas maternas (complicação da gravidez, parto, puerpério e abortamento) ocorridos no hospital durante um determinado período e o número de pacientes de obstetrícia saídas no mesmo período. Quanto maior a taxa de mortalidade materna hospitalar, maior a fragilidade dos serviços assistenciais. A taxa de mortalidade materna hospitalar reflete o risco de óbitos maternos no ambiente hospitalar em internações obstétricas, captando o acesso em tempo oportuno, a qualidade da assistência obstétrica, a capacidade de solução de intercorrências e, ainda, a adequação do acompanhamento durante o período pré-natal. Saiba mais [aqui](#) e [aqui](#).

<sup>17</sup>Pelo mesmo motivo da análise anterior, utilizamos apenas EP individuais.

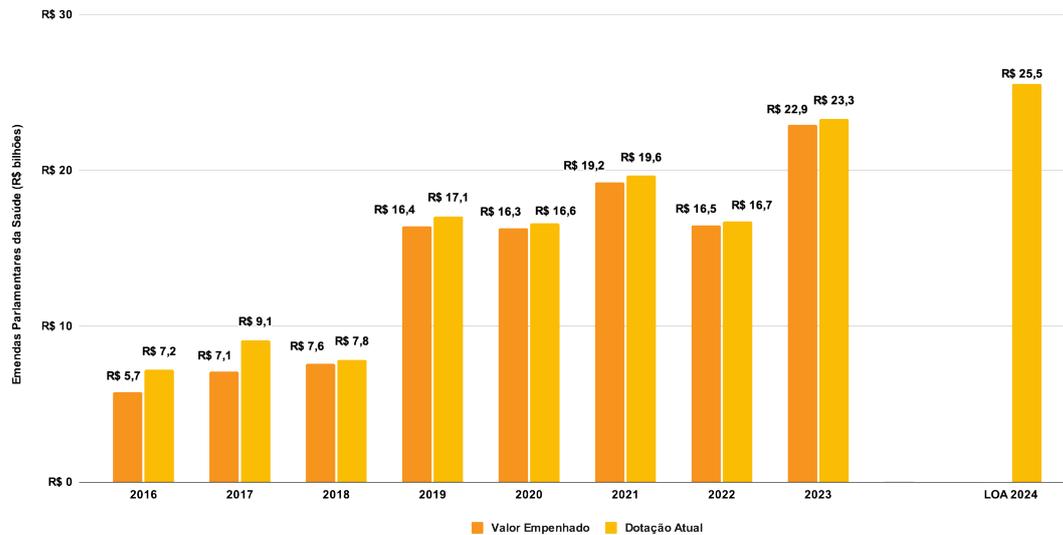
<sup>18</sup>O IVS é calculado a partir dos Censos Demográficos e divul-

gado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). As estimativas utilizadas são de 2010, pois não houve a divulgação dos dados a partir do Censo 2022 até o fechamento desta publicação.

<sup>19</sup>Adotamos a população SUS exclusiva como denominador do percentual de cobertura da ESF por estarmos analisando os municípios segundo o nível de demanda pelo SUS, ou seja, quanto maior o percentual da população residente que depende exclusivamente do SUS para atenção à saúde, maior o nível de demanda pelo SUS daquele município.

<sup>20</sup>Segundo a ANS, o termo “beneficiário” refere-se a vínculos com os planos de saúde, e pode incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. Nesse caso, embora a sobreposição seja pequena, ela implica em sobre-numeração da população coberta por planos de saúde e, conseqüentemente, em subestimação da população SUS exclusiva e sobrestimação do percentual de cobertura da ESF. Ou seja, a cobertura da ESF calculada neste estudo deve ser interpretada como o limite superior da real cobertura da ESF na população SUS exclusiva. Planos de saúde dentários não foram considerados para esta análise.

**Figura 1. Houve um crescimento expressivo no volume de recursos das emendas parlamentares desde 2016**



Fonte: SIAFI. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nota: Os valores reportados entre 2016 e 2023 são referentes aos valores empenhados enquanto, em 2024, referem-se à dotação autorizada na LOA.

## Resultados

### A participação das emendas parlamentares no orçamento da saúde tem aumentado significativamente desde 2016

Nos últimos anos, os recursos das EP destinadas à saúde aumentaram expressivamente (Figura 1). Entre 2016 e 2023, o montante empenhado em EP quadruplicou, saindo de R\$ 5,7 bilhões para R\$ 22,9 bilhões. Nesse mesmo período, sua participação em relação ao total empenhado pelo MS ampliou em 8,5 pontos percentuais (p.p.), ou de 3,3% para 11,8%. Até 2017, o percentual empenhado em relação ao orçamento autorizado (dotação atual) era inferior a 80%; enquanto nos anos seguintes esse percentual ficou muito próximo do total autorizado. Em grande medida, essa mudança é decorrente da promulgação das EC n. 86/2015 e n. 100/2019, que tornaram a execução das EP individuais e de bancada, respectivamente, impositivas, induzindo uma maior influência do Poder Legislativo no orçamento federal como um todo, mas particularmente na saúde, devido à regra de que a metade dos recursos destinados por EP devem ir para ASPs.

Os anos de 2021, 2022 e 2023 destacam-se como os de maior volume de recursos de EP empenhados, cujos montantes variaram entre R\$ 16,5 e R\$ 22,9 bilhões. Esse triênio também se destaca em termos de dotação autorizada, com o orçamento destinado às EP na LOA de 2021 chegando a R\$ 19,6 bilhões. Entre

2021 e 2022, a dotação autorizada para EP reduziu, mas em 2023 observa-se um novo ponto de inflexão, quando pela primeira vez o montante destinado às EP ultrapassou a casa dos R\$ 20 bilhões. Em 2024, a LOA prevê recursos de R\$ 25,5 bilhões em EP, reforçando a tendência de continuidade de ampliação do orçamento do Poder Legislativo. No período, a dotação de recursos para EP mais que triplicou, saindo de R\$ 7,2 bilhões em 2016 para R\$ 25,5 bilhões em 2024.

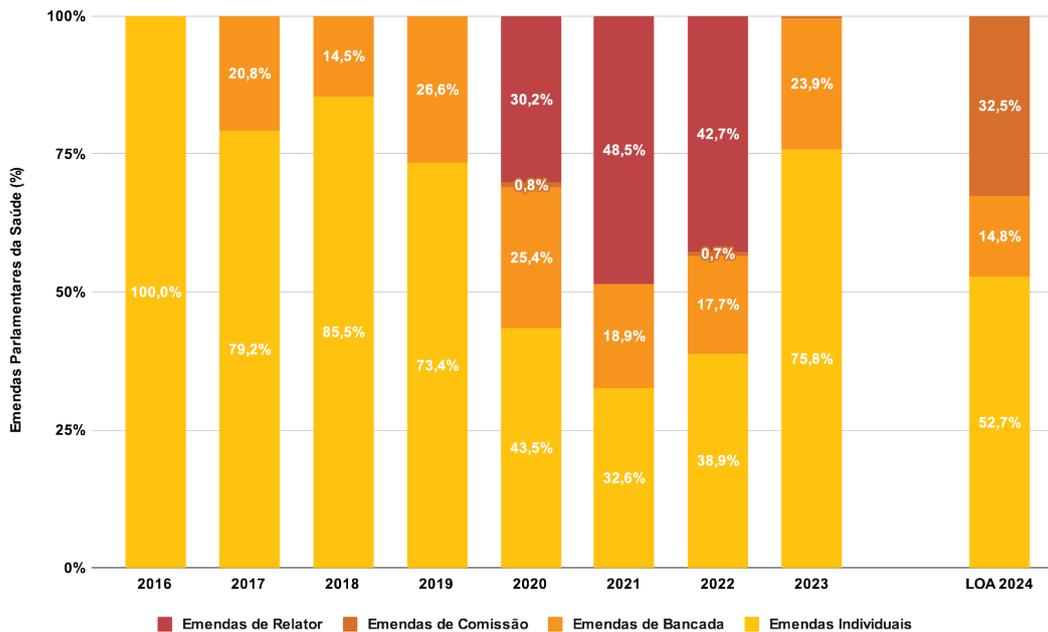
Esses achados reforçam aqueles identificados pela literatura no tema (Piola e Vieira, 2019; Faria, 2023; Nobre, 2023): o protagonismo do Poder Legislativo na alocação de recursos do orçamento público federal tem uma forte tendência de crescimento ao longo dos últimos anos, manifestando-se essencialmente na área da saúde.

### As emendas parlamentares individuais retomaram o protagonismo na composição do orçamento frente às demais modalidades

Considerando todas as modalidades de EP destinadas à saúde, as EP individuais responderam pela maior parcela dos recursos empenhados (Figura 2). Entre 2016 e 2023, sua dotação respondeu, em média, por 65,7% do orçamento empenhado em relação às demais modalidades de EP. Em 2016, apenas as EP individuais vigoravam no orçamento para o financiamento de ASPs. Em 2017, as EP de bancada também foram incorporadas nessa composição, mas representando apenas 20,8% do montante empenhado.



**Figura 2. A maior parte dos recursos empenhados via emendas parlamentares é destinada por emendas individuais**



Fonte: SIAFI. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nota I: Os valores reportados entre 2016 e 2023 são referentes aos valores empenhados enquanto, em 2024, referem-se à dotação autorizada na LOA. Nota II: Em 2023, no montante total empenhado em EP, há R\$ 7,5 bilhões oriundos das ações “2E89” e “2E90” inseridas em RP-2, cuja modalidade de EP a que pertencem não é possível de ser identificada. Em razão disso, a participação relativa das EP pode estar subestimada ou superestimada para alguma das modalidades.

Nesse biênio (2016-2017), a execução orçamentária das EP de bancada foi obrigatória por meio das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de seus respectivos anos.<sup>21</sup> A partir de 2019, a obrigatoriedade da execução dessa modalidade de EP foi instituída de maneira mais consolidada, por meio da EC n. 100/2019. A partir de 2020, as EP de relator<sup>22</sup> passaram a responder por parte expressiva do orçamento. Em 2021 e 2022, elas representaram, em média, 45,6% dos recursos empenhados via EP, figu-

<sup>21</sup>Desse modo, a LDO serviu como um período de “gestação” para a alteração constitucional que impôs sua execução obrigatória em 2019 (Faria, 2023).

<sup>22</sup>Cabe salientar que desde a promulgação da CF 88, que assegurou a participação do Legislativo na elaboração do orçamento, as EP de relator-geral são admitidas. Até receber um identificador próprio (RP-9), esse grupo de EP integrava as despesas discricionárias (RP-2), servindo à (I) correção de impropriedades técnicas; (II) cancelamento de programações ou reestimativa de receitas; (III) recomposição de dotações; e (IV) acréscimo ou inclusão de dotações na LOA. A partir de 2020, o relator-geral passou a ser uma figura ainda mais relevante para a elaboração do orçamento. Paralelamente, desconfianças quanto à transparência da RP-9 se tornaram mais frequentes, especialmente após o grupo receber um alto volume de recursos (Faria, 2023). No entanto, mesmo antes de receber um identificador, alguns estudiosos já destacavam o baixo detalhamento da destinação das EP de relator-geral (Sanches, 1998; Câmara, 2011).

rando como a modalidade de EP mais expressiva nesses anos.

Em 2023, com a extinção das EP de relator pelo STF, as EP individuais retornaram como a modalidade de maior participação na composição dos valores empenhados, respondendo por 72,8% dos recursos – o restante foi destinado via EP de bancada (27%) e EP de comissão (0,2%), respectivamente. Chama a atenção, entretanto, a expansão, em termos absolutos, do montante empenhado via EP individuais: o valor dobrou entre 2016 e 2023, chegando a R\$ 11,2 bilhões.

Além disso, as análises demonstram a falta de consistência do orçamento empenhado e autorizado via EP de comissão. Desde sua instituição, em 2020, essa modalidade de EP representava uma parcela mínima dos recursos das EP, respondendo por menos de 1% de seu montante empenhado. Em 2024, contudo, foram autorizados R\$ 8 bilhões em sua dotação, valor expressivamente maior em comparação aos demais anos em que esteve em vigor. Esse montante não só se mostra significativo (correspondente a 31,5% do orçamento de EP na saúde), como também é superior ao autorizado às EP de bancada, que sempre fi-



guraram entre as de maior peso no orçamento das EP coletivas (comissão e de bancada). Tanto a expansão das EP individuais em 2023 quanto as de comissão em 2024, ocorreram devido à extinção das EP de relator, cujos valores foram distribuídos entre esses dois formatos de EP.

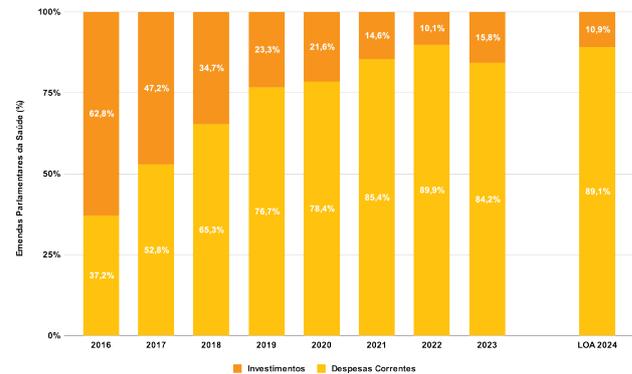
### As despesas correntes têm sido gradativamente mais custeadas por recursos alocados pelo Poder Legislativo e menos pelo Poder Executivo

Sob a ótica dos Grupos de Natureza de Despesa (GND), cabe destacar duas principais classificações: I) despesas correntes, que englobam as dotações destinadas ao custeio dos recursos físicos e humanos do SUS e de seus órgãos administrativos; e II) investimentos, orientados em sua maioria à ampliação de infraestruturas físicas e de capacidades instaladas da área.<sup>23</sup>

Em 2016, os investimentos representavam mais da metade (62,8%) dos recursos empenhados de EP (Figura 3). A partir de 2017, as EP passaram a ser destinadas cada vez mais predominantemente às despesas correntes e, desde 2019, representam em média 86,2% do montante total empenhado – um aumento de 49 p.p. em comparação com 2016. Como consequência, o percentual de recursos empenhados para investimento recuou em proporção semelhante, reduzindo sua participação relativa para 13,8%. Em 2023, os investimentos representaram apenas 10,2% do orçamento total empenhado via EP. Um fator agravante nessa tendência é que a alocação de recursos para investimento na saúde tem sido cada vez mais determinada por emendas parlamentares (Nobre e Faria, 2023). Ou seja, com a redução de recursos em EP para investimento, aliada à queda na participação relativa do Poder Executivo na destinação de recursos a esse grupo de despesas, o resultado esperado é a estagnação e sucateamento da capacidade instalada dos serviços de saúde.

O aumento da influência do Poder Legislativo sobre o orçamento federal da saúde pode ser observado não somente pela expansão, em valores absolutos, dos recursos destinados à área via EP, mas também pelo aumento de sua participação relativa nos gastos em saúde, em comparação com a participação

**Figura 3. O montante empenhado de emendas parlamentares tem sido destinado progressivamente mais às despesas correntes e menos aos investimentos**



Fonte: SIAFI. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nota: Os valores reportados entre 2016 e 2023 são referentes aos valores empenhados enquanto, em 2024, referem-se à dotação autorizada na LOA.

relativa das despesas discricionárias do MS. O crescimento da participação das EP reflete-se, principalmente, nos montantes empenhados para despesas correntes do SUS pelos dois poderes.

Entre 2016 e 2019, o orçamento discricionário do MS foi responsável, em média, por 80,5% dos recursos empenhados orientados a gastos correntes do SUS (Figura 4). Nota-se, entretanto, que sua participação relativa no total de despesas correntes da saúde, em comparação com as EP, já apresentava tendência de redução ano a ano. Em 2020, houve uma ligeira recuperação de seu percentual, seguida de uma queda acelerada em 2021, chegando, em 2022, a retrair para 52,8%. Em 2023, as despesas discricionárias custearam 47,7% dos gastos correntes do SUS, isto é, 43 p.p. a menos se comparado aos primeiros anos da série. A previsão é de que, em 2024, as despesas discricionárias respondam por 51,9% do total de despesas correntes – a segunda menor participação no período.

De modo complementar, nota-se uma expansão dos valores empenhados em EP ao longo dos anos. Entre 2016 e 2023, a participação relativa de EP orientadas a esse grupo de despesa cresceu mais de cinco vezes, saindo de 9,3% para 52,3%. Em 2024, 48,1% das despesas correntes devem ser financiadas por meio de EP. Esse dado reforça o crescimento da influência do Congresso Nacional no financiamento da saúde pública e, embora o MS estabeleça critérios técnicos para a apresentação das EP<sup>24</sup>, de um ponto de vista

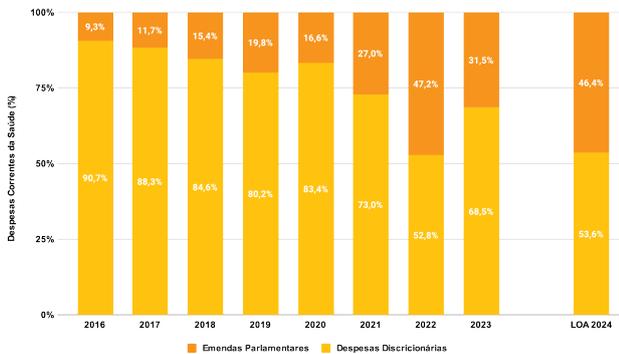
<sup>23</sup> Além dessas duas classificações, o orçamento possui outros cinco GND: I) Amortização da dívida; II) Inversões Financeiras; III) Juros e encargos da dívida; IV) Pessoal e Encargos Sociais; e V) Reserva de Contingência. Cf. [Glossário de Termos Orçamentários](#) para maiores detalhes sobre suas definições.

<sup>24</sup> A cada ano, o Fundo Nacional de Saúde publica uma cartilha com o objetivo de orientar os parlamentares na apresentação



prático, indica também que critérios políticos estão sendo utilizados na alocação de um volume cada vez maior de recursos públicos.

**Figura 4. Os gastos correntes do SUS têm sido cada vez mais financiados por emendas parlamentares e menos por despesas discricionárias**



Fonte: SIAFI. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nota I: Os valores reportados entre 2016 e 2023 são referentes aos valores empenhados, enquanto, em 2024, referem-se à dotação autorizada na LOA. Nota II: O PAC, embora seja um programa de investimento e parte das despesas discricionárias do MS, registrou um empenho atrelado às despesas correntes em saúde, somente em 2016, no valor de R\$ 150 milhões.

### Entre 2016 e 2023, as duas principais áreas do Ministério da Saúde receberam, de forma crescente, mais recursos via emendas parlamentares do que via despesas discricionárias

A Atenção Básica (AB) e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA) são os dois principais eixos estruturantes do financiamento da assistência à saúde e, dentro do orçamento público federal, correspondem aos níveis de atenção primária e atenção especializada (secundária e terciária), respectivamente. Entre 2016 e 2024, a subfunção AHA respondeu, em média, por 39,7%, ou R\$ 80 bilhões do orçamento autorizado do MS, enquanto a AB, por 18,7% ou R\$ 38 bilhões. Em razão disso, essas subfunções configuram as duas despesas mais onerosas do MS, concentrando, em média, 58,8% do orçamento da pasta. Analogamente, AHA e AB foram as subfunções que mais tiveram recursos empenhados por meio de EP nos últimos anos. Entre 2016 e 2023, essas subfunções responderam, em média, por 76,3% do montante total empenhado em EP para a saúde.

de EP para a saúde. A cartilha de emendas parlamentares aborda desde como evitar impedimentos técnicos na apresentação de EP e os limites para o incremento do Teto do Piso de Atenção Básica (PAB) e de Média e Alta Complexidade (MAC), até as modalidades e aplicações permitidas em cada ação e programa.

Nos anos de 2019, 2022 e 2023, as duas rubricas responderam por quase a totalidade (99%) do orçamento empenhado em EP. Em 2024, praticamente todo o recurso destinado em EP irá contemplar essas duas áreas, consolidando-as como as principais prioridades orçamentárias do Poder Legislativo.<sup>25</sup> Na AHA, o montante autorizado em EP foi de R\$ 14 bilhões, representando 54,6% do total de recursos de EP (Figura 5a). enquanto na AB a dotação foi de R\$ 11,3 bilhões (Figura 5b), configurando 44,1% desse montante. (Figura 5b). Juntas, elas representam 98,7% do total destinado em EP.<sup>26</sup> É possível observar que foi a partir de 2019 que as duas áreas passaram a apresentar um maior volume de recursos empenhados via EP. Entre 2016 e 2019, os valores empenhados mais do que quadruplicaram, saindo de R\$ 3,7 bilhões para R\$ 16,3 bilhões. Desde então, os montantes em ambas as subfunções seguiram crescendo progressivamente: os recursos empenhados em EP para AHA ampliaram 61,2% de 2019 para 2023 e, para AB, 16,9%.

Enquanto os valores empenhados via EP para as duas áreas cresceram de forma elevada ao longo do período, os recursos empenhados de despesas discricionárias oscilaram com tendência negativa e, a partir de 2019, os montantes empenhados de EP foram superiores ao das despesas discricionárias em todos os

<sup>25</sup>Em 2024, as principais destinações de EP na AB foram: I) 2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas (R\$ 10,19 bilhões); II) 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde (R\$ 859 milhões); III) 21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde (R\$ 12 milhões). Na AHA, a sequência foi: I) 2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas (R\$ 11,17 bilhões); II) 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (R\$ 2,16 bilhões); III) 6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde (R\$ 13 milhões). Há montantes destinados (R\$ 193,93 milhões) à AB que foram identificados na ação "Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas" (2E89), alocada em RP-2. Na AHA, identificamos na ação "Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas" (2E90) o valor de R\$ 585,31 milhões, também alocada em RP-2.

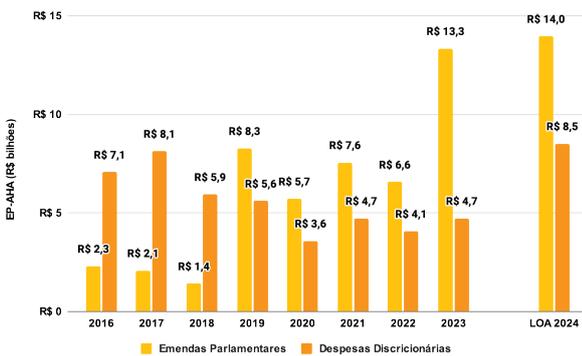
<sup>26</sup>Os R\$ 327,8 milhões restantes (1,3%) estão distribuídos entre outras onze subfunções. Em ordem decrescente, são elas: I) Formação de Recursos Humanos (R\$ 106,8 milhões); II) Vigilância Epidemiológica (R\$ 88,7 milhões); III) Desenvolvimento Científico (R\$ 53,9 milhões); IV) Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico (R\$ 33,3 milhões); V) Assistência aos Povos Indígenas (R\$ 29,3 milhões); VI) Saneamento Básico Rural (R\$ 8,3 milhões); VII) Saneamento Básico Urbano (R\$ 3,6 milhões); VIII) Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia (R\$ 2,3 milhões); IX) Suporte profilático e terapêutico (R\$ 570 mil); X) Tecnologia da Informação (R\$ 500 mil); e XI) Vigilância Sanitária (R\$ 350 mil).



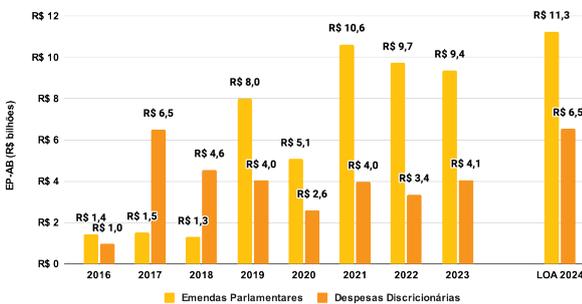
anos. Essa transferência de influência no controle orçamentário do Executivo para o Legislativo no orçamento da saúde se reforça na LOA de 2024, que prevê destinação 64% maior para as EP do que para despesas discricionárias na AHA, e 71,9% maior na AB.

**Figura 5. Nos últimos anos, foram empenhados mais recursos de emendas parlamentares do que de despesas discricionárias no orçamento federal da saúde**

**(a) Emendas parlamentares e despesas discricionárias para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial**



**(b) Emendas parlamentares e despesas discricionárias para a Atenção Básica**



Fonte: SIAFI. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nota I: Os valores reportados entre 2016 e 2023 são referentes aos valores empenhados, enquanto, em 2024, referem-se à dotação autorizada na LOA. Nota II: Os recursos do PAC direcionados à AB foram contabilizados entre os anos de 2016 a 2019, e depois somente em 2024. No caso da AHA, o montante seguiu a mesma tendência, com exceção do ano de 2019, em que não houve valores dessa natureza de despesa.

### A região Norte apresentou o maior volume empenhado de recursos de EP per capita para Atenção Básica e o Centro-Oeste para Assistência Ambulatorial e Hospitalar

O planejamento orçamentário tem papel fundamental no combate às desigualdades, na medida em que os critérios para alocação de seus recursos são uma das características mais importantes para a redução

de distorções socioeconômicas entre os municípios (Carnut et al., 2021). No caso das EP destinadas à saúde não é diferente. A provisão de recursos aos estados e municípios brasileiros, especialmente aqueles com menor capacidade de arrecadação, permite a ampliação do orçamento público da saúde desses entes federativos, contribuindo, em última instância, para que as gestões municipais possam ampliar a capacidade de atenção às demandas de saúde de seus habitantes.

Nesse contexto, analisar a distribuição regional de recursos em EP destinados à saúde é relevante por se caracterizar como mecanismo de controle da alocação dos recursos públicos pelo Congresso Nacional, e também por identificar em que medida essa alocação contribui para aumentar os recursos disponíveis para a saúde em regiões com piores indicadores de acesso e qualidade. Para isso, serão analisados os recursos empenhados em EP individuais<sup>27</sup> à AB<sup>28</sup> e AHA<sup>29</sup> nos anos de 2016 e 2022 em relação aos indicadores regionais de saúde relativos à AB e à AHA: percentual médio de pré-natal adequado de cada região e mortalidade materna hospitalar por cem mil habitantes, respectivamente.

Em 2022, o gasto empenhado *per capita* brasileiro em AB e AHA de EP individuais foi de R\$ 18,46 e R\$ 9,49, respectivamente (Figura 6a). Em perspectiva regional, nota-se que há uma maior alocação de recursos de EP para a região Norte do país, particularmente na destinação para a AB. A região apresenta o menor percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado (57,5%) e a mais alta taxa de mortalidade materna hospitalar, de 67,4 por 100 mil nascimentos. Tanto em 2016 como em 2022, a AB da região recebeu valores 43,5% e 47,6% superiores ao gasto médio *per capita* do país. No orçamento para a AHA, essa razão foi, respectivamente, de 71,1% e de 18,9%; contudo, em 2022, foi a região Centro-Oeste que mais apresentou recursos empenhados *per capita* via EP na AHA (R\$ 12,34), ultrapassando o Norte (R\$ 11,29).

<sup>27</sup>As EP individuais concentram a maior parte dos recursos alocados por meio de EP, e são destinadas, exclusivamente, a municípios.

<sup>28</sup>A participação média relativa de cada modalidade no valor total empenhado em EP para AB entre 2016 e 2023 corresponde a: EP individuais (75,8%), EP de relator (15,4%), EP de bancada (8,6%) e EP de comissão (0,1%).

<sup>29</sup>A participação média relativa de cada modalidade no valor total empenhado em EP para AHA entre 2016 e 2023 corresponde a: EP individuais (64,5%), EP de bancada (21,8%), EP de relator (13,6%) e EP de comissão (0,1%).



Em 2022, no âmbito da AB, as regiões Norte e Nordeste apresentaram o maior volume de recursos *per capita* em EP individuais, com valores empenhados de R\$ 27,24 e R\$ 21,74 respectivamente (Figura 6a). Na sequência, estão Sul (R\$ 17,11) e Centro-Oeste (R\$ 15,86), enquanto o Sudeste (R\$ 10,35) foi a região com menor valor empenhado. Para fins de comparação, seu montante empenhado foi 2,6 vezes menor que o da região Norte, e menos da metade se comparado ao da região Sul.

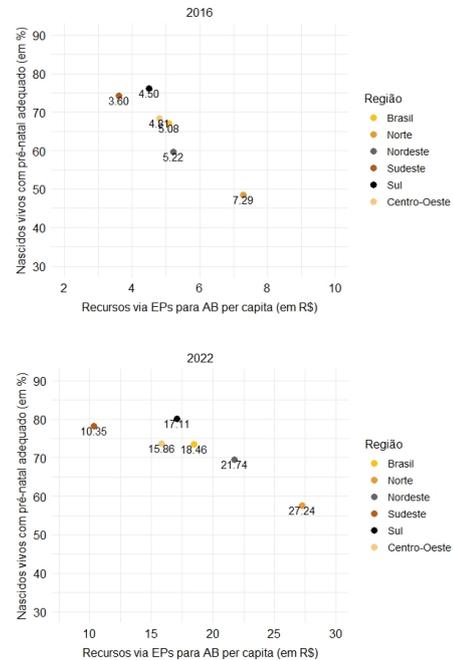
Os três estados<sup>30</sup> com maior volume de EP individuais empenhado para AB em 2022 são da região Norte: Roraima, Acre e Amapá, com valores *per capita* de R\$ 80,36, R\$ 79,22 e R\$ 70,81, respectivamente. Chama a atenção o contraste observado no caso do Distrito Federal (DF) entre os níveis de atenção à saúde. Em 2016, o DF foi a única UF que não recebeu repasse em EP para a AB e, em 2022, foi a UF com menor valor *per capita* repassado, de R\$ 0,58. Simultaneamente, o DF foi uma das UF com maior valor *per capita* para a AHA em 2022. Nota-se, portanto, um maior esforço, por parte dos parlamentares representantes do DF, em financiar mais a Atenção Hospitalar e Ambulatorial do que a Atenção Básica.

Na AHA, embora o Norte ainda seja uma das regiões mais favorecidas por recursos empenhados *per capita*, em 2022 esse cenário diferiu marginalmente, com o Centro-Oeste assumindo protagonismo (Figura 6b). Enquanto a mortalidade materna hospitalar na região caiu de 59,2 para 46,8 por cem mil nascimentos, a região saiu do segundo para o primeiro lugar em valores empenhados via EP individuais para AHA. Os mesmos três estados que apresentaram os maiores volumes de recursos empenhados por habitante em 2022 para AB receberam também mais recursos para AHA: Roraima (R\$ 31,48), Amapá (R\$ 29,44) e Acre (R\$ 24,92), seguidos de Rondônia (R\$ 22,59). Em seguida, aparecem três estados do Centro-Oeste: Mato Grosso (R\$ 15,46), Mato Grosso do Sul (R\$ 13,30) e Distrito Federal (R\$ 13,03). Com os menores valores *per capita*, aparecem três estados do Nordeste: Ceará (R\$ 5,44), Bahia (R\$ 5,02) e Sergipe (R\$ 1,40). Cabe destacar que Roraima e Rondônia, em 2016, já exibiam quantias expressivamente mais elevadas que os demais estados, de R\$ 21,37 e R\$ 13,83, respectivamente. Para fins de comparação, o terceiro estado que apresentou maior volume de recursos empenhados *per capita* naquele ano foi Acre, com R\$ 7,62.

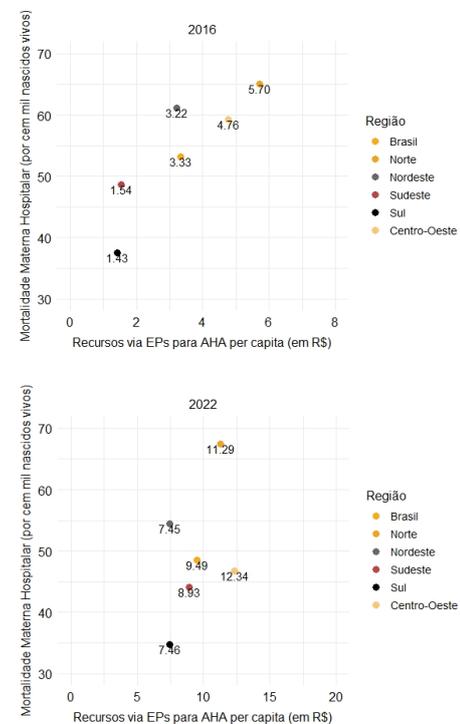
<sup>30</sup>Os valores de EP empenhados *per capita* por Unidade da Federação (UF) constam nas Tabelas A3 e A4 do Apêndice.

**Figura 6. As emendas parlamentares empenhadas destinadas à Atenção Básica são direcionadas para as regiões menos desenvolvidas**

**(a) Emendas parlamentares para a AB (R\$ per capita)**



**(b) Emendas parlamentares para a AHA (R\$ per capita)**



Fonte: FNS, SIM e SINASC. Nota I: Valores nominais de cada ano. Nota II: Para identificar o montante de EP individuais destinadas à AB e AHA *per capita* por região, calculamos a razão entre a soma do valor das EP individuais, segundo o código das subfunções, “301” (AB) e “302” (AHA), que foram destinadas aos fundos municipais de saúde de cada município em 2016 e 2022, e a projeção populacional do TCU para os respectivos anos.



Verifica-se que os recursos destinados em EP à AB têm sido mais direcionados às regiões com menor percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado. Por outro lado, na comparação entre os recursos para AHA e a taxa de mortalidade materna hospitalar, não foi observado padrão definido. Destaca-se que, em ambos os níveis de atenção, os estados com maior volume de repasse *per capita* possuem oito deputados, o número mínimo de representantes de uma Unidade da Federação na Câmara dos Deputados. São também estados sobrerrepresentados na Casa, uma vez que os deputados desses estados representam menos eleitores, entre 42 mil e 68 mil, enquanto deputados de outros estados representam, em média, cerca de 200 mil eleitores. Os resultados indicam um possível efeito de distorção na distribuição dos recursos públicos federais da saúde alocados pelo Congresso Nacional em razão da sobrerrepresentação legislativa.

### **O repasse de emendas parlamentares para a Atenção Básica se destina majoritariamente a municípios de menor porte populacional com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família e alta vulnerabilidade**

Na análise realizada na seção anterior, observou-se que, em média, os recursos empenhados via EP orientados à AB têm sido majoritariamente destinados ao Norte e Nordeste, regiões com os menores percentuais de pré-natal adequado. Tendo em vista que os municípios são os principais responsáveis pelas ações e serviços de saúde da AB, nesta seção buscamos identificar em que medida a alocação dos recursos das EP se destina aos municípios mais vulneráveis e com maiores barreiras de acesso à saúde.

Para isso, categorizamos os municípios segundo três indicadores: I) Porte populacional dos municípios, seguindo categorias do IBGE de acordo com o número de habitantes; II) Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), como forma de retratar a vulnerabilidade socioeconômica dos municípios; e III) Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), como indicador de acesso à saúde na APS dessas localidades. O IVS e o percentual de cobertura da ESF foram agrupados em um único indicador, com o objetivo de permitir a visualização de um retrato mais detalhado sobre os municípios para os quais as EP estão sendo destinadas.

A partir desse indicador, foram formadas dez categorias: I) ESF < 80/IVS muito alto - indicando uma cobertura inferior a 80% e vulnerabilidade muito alta;

II) ESF < 80/IVS alto - cobertura menor que 80% e vulnerabilidade alta; III) ESF < 80/IVS médio - cobertura menor que 80% e vulnerabilidade média; IV) ESF < 80/IVS baixo - cobertura menor que 80% e baixa vulnerabilidade; e V) ESF < 80/IVS muito baixo - cobertura menor que 80% e vulnerabilidade muito baixa. As outras cinco categorias se distribuem da mesma forma, mas agrega os municípios com percentual de cobertura da ESF igual ou acima de 80%. O critério de cobertura da ESF de 80% se deu em razão do número de municípios que ainda não atingiram esse patamar ser representativo, respondendo por 17,7% (ou 988 municípios) do total de municípios brasileiros.<sup>31</sup> A distribuição do número de municípios agrupados em cada categoria pode ser encontrada nas Tabelas A1 e A2 no Apêndice, ao final deste documento.

Em primeiro lugar, nota-se que, em 2022, municípios que possuíam cobertura da ESF igual ou acima de 80% apresentaram, em média, maior volume de recursos empenhados de EP para a AB do que os de menor cobertura, independente do seu porte populacional e IVS - com exceção das metrópoles (Figura 7b). Essa relação entre cobertura da ESF e volume de recursos de EP é mais evidente para os municípios com menos de 20 mil habitantes (pequeno porte I), e já era observada em 2016 nessa categoria (Figura 7a). Nesses municípios, aqueles que possuem IVS muito alto e cobertura da ESF superior a 80% receberam 27,3% mais recursos do que os municípios de mesmo porte e IVS com menor cobertura (R\$ 40,1 vs. R\$ 31,5). Para aqueles com IVS alto, essa diferença foi de 36% (R\$ 34,4 vs. R\$ 25,3). Essa diferença pôde ser observada em todas as categorias, variando entre 31% (muito baixo) e 70% (baixo).

Essa relação entre cobertura da ESF e alocação de recursos também é observada, ainda que em menor medida, nos municípios com 20 mil a 100 mil habitantes (pequeno porte II e médio porte). Nos municípios de pequeno porte II e IVS muito alto, a diferença dos recursos *per capita* destinados à AB em municípios que já possuem cobertura da ESF superior a 80% (R\$ 19,7) é 20,8% maior em relação aos que não possuem (R\$ 16,3). Nos municípios de médio porte, essa distância é de 37% (R\$ 11,1 vs R\$ 8,1). Nos municípios de grande porte e metrópoles, não foi observado um padrão claro de distribuição de EP *per capita* para AB (Figura 7a).

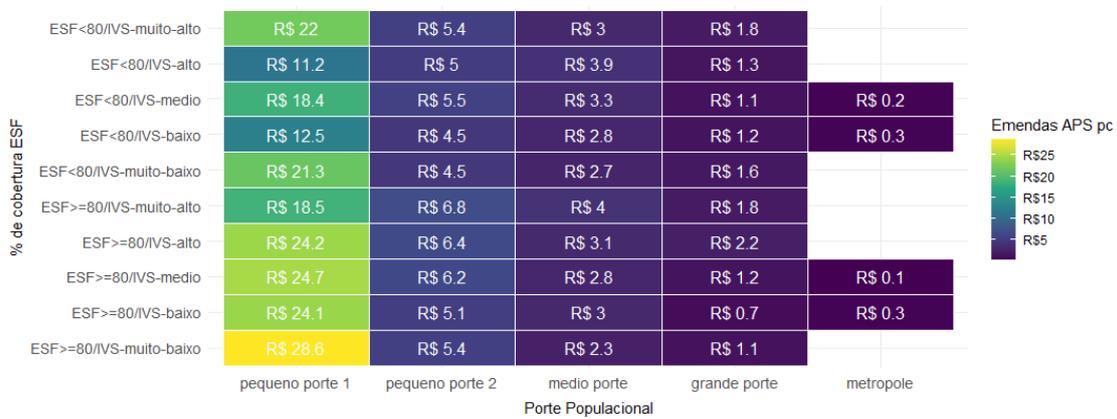
Em ambos os anos, os resultados corroboram análises anteriores que mostram a priorização de municípios de pequeno porte na alocação de recursos

<sup>31</sup>Dados do SISAB de 2021.

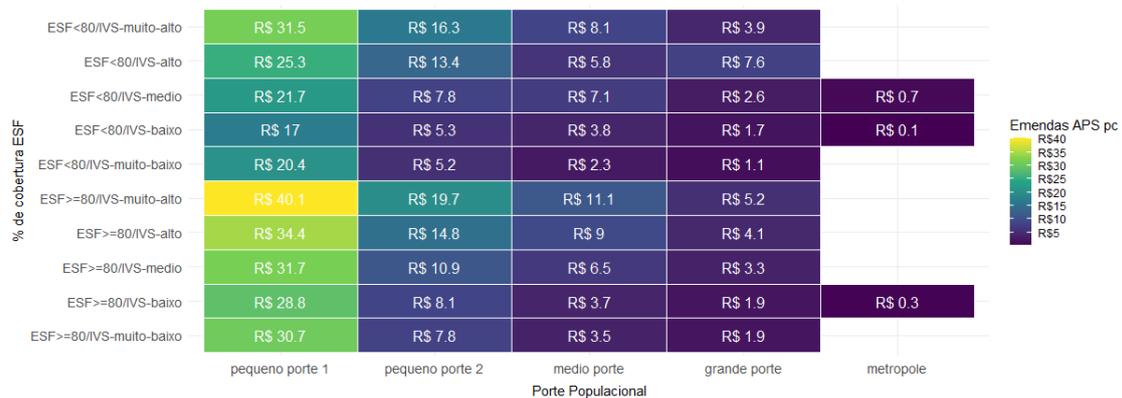


**Figura 7. Municípios com cobertura da Estratégia Saúde da Família inferior a 80% recebem menos recursos de emendas parlamentares**

**(a) Repasse médio de emendas parlamentares individuais per capita em Atenção Básica (2016)**



**(b) Repasse médio de emendas parlamentares individuais per capita em Atenção Básica (2022)**



Fonte: FNS, SISAB/MS e IPEA. Nota I: Valores nominais de cada ano. Nota II: Os valores *per capita* são relativos à população SUS dependente. Nota III: A distribuição dos municípios por categoria consta no Apêndice, bem como o repasse *per capita* por categoria do município, nos anos de 2016 e 2022. Algumas categorias registraram somente um município: em 2016, o único município com ESF < 80/IVS-baixo é a metrópole Goiânia (GO); já em 2022, o único município com ESF < 80/IVS-baixo é a metrópole Curitiba (PR), e com ESF < 80/IVS-muito-alto, o município de grande porte Breves (PA).

de EP para a saúde em detrimento de municípios de grande porte e metrópoles (Vieira e Lima, 2022). Além disso, nos municípios com mais de 20 mil habitantes e menos de 900 mil (pequeno porte II, médio e grande porte), observa-se que quanto maior o nível de vulnerabilidade social, maior o volume de recursos empenhados via EP para a AB;<sup>32</sup> entre os municípios de pequeno porte I, esse padrão ocorre apenas até a categoria de IVS baixo.

Em resumo, os resultados apontam que, desde 2016, quanto menor o porte populacional do município, mais recursos via EP para a AB eles recebem. Em particular, municípios com menos de 20 mil habitantes

são os mais favorecidos com recursos destinados via EP para a APS. Em 2022, de modo geral, os municípios com maior vulnerabilidade social recebem mais recursos destinados por EP. Por fim, mais recursos de EP são destinados a municípios com cobertura da ESF maior ou igual a 80%, em comparação com os de menor cobertura.

### Considerações sobre transparência e governança das emendas parlamentares

Nesta nota técnica, chama a atenção o elevado montante de recursos empenhados via EP para despesas correntes do SUS. Esses recursos estão concentrados, sobretudo, nas ações 2E89 e 2E90. Embora

<sup>32</sup>Desconsiderou-se aqui a categoria município de grande porte com cobertura da ESF menor que 80 e IVS muito alto, cujo resultado é relativo apenas à cidade de Breves (PA).



sejam destinadas ao financiamento do SUS, a designação desses recursos sob a nomenclatura de “incremento temporário de custeio” reduz a transparência sobre a sua efetiva aplicação. Em outras palavras, essa forma de identificação inviabiliza a fiscalização das ações e a avaliação das políticas públicas em que esses montantes foram alocados. Outra questão é o registro das ações “2E89” e “2E90” sob o identificador de despesas discricionárias (RP-2). À medida em que recursos oriundos de EP são registrados em RP-2, há subestimação dos valores de EP e, por consequência, a superestimação das despesas discricionárias do MS destinadas à AB e AHA. Além disso, nesses casos, as EP não são apresentadas às programações originalmente destinadas ao custeio do PAB (219A) e MAC (8585), o que significa que sua distribuição não segue critérios demográficos e outros critérios estabelecidos pela legislação (Souza, Figueiredo Junior e Bosio, 2019). Há ainda outro aspecto relevante sobre tais ações: não é possível identificar, nos Planos Orçamentários<sup>33</sup>, a modalidade de EP à qual está atrelada a maior parte dos recursos nelas inseridos. Ou seja, não é possível determinar se a maior parcela desses recursos é advinda de EP Individuais, de Relator, de Bancada ou de Comissão.

Parte das análises suscitadas nesta nota técnica tomaram como base as EP individuais por representarem, por um lado, a principal forma do Congresso Nacional de alocar recursos do orçamento público da União e, por outro, por possuir uma destinação detalhada, desde a autoria do projeto até o município beneficiado pela EP. À medida que o Poder Legislativo aumenta sua autoridade sobre o orçamento público, aumenta também o desafio dos Poderes Executivo e Legislativo de avaliar a efetividade dessas despesas. Para isso, um dos principais desafios é o de garantir a transparência do orçamento, um princípio fundamental da CF 88 – em outras palavras, ampliar a transparência das EP. Isso requer a correção de diferentes distorções que comprometem a transparência da alocação do orçamento público. Como exemplo principal, citamos as EP individuais categorizadas como “transferências especiais”.

Segundo a EC n. 105/2019, as EP individuais impositivas podem ser direcionadas aos estados e municípios por meio de dois tipos de transferências: com finalidade definida ou transferências especiais, e sem

<sup>33</sup>Os Planos Orçamentários (PO) têm por principal objetivo permitir que tanto a elaboração do orçamento quanto o acompanhamento físico e financeiro da execução ocorram em nível mais detalhado quando comparado à ação orçamentária. Veja mais [aqui](#).

finalidade definida. Nessa última modalidade, os recursos são repassados diretamente pelo Ministério da Fazenda (MF) ao município beneficiário sem a necessidade de o parlamentar identificar para qual subfunção (área de governo) o valor está sendo destinado, cabendo ao gestor municipal decidir como alocar tais recursos. Em razão dessas características, essas EP foram apelidadas de “Emendas Pix”. Desde 2019, ano em que esse instrumento foi criado, a modalidade tem chamado atenção especialmente por dois aspectos: o crescimento no volume de recursos e a falta de transparência relativa ao nome do parlamentar que a indicou e sua efetiva destinação. Entre 2020 e 2023, o montante empenhado em “Emendas Pix” cresceu, em termos reais, dez vezes, saindo de aproximadamente R\$ 620 milhões para R\$ 6,7 bilhões (Pavini, Coelho e Durló, 2023). Não é possível, portanto, identificar se uma parcela desse valor foi destinada à saúde ou se não houve recursos destinados à saúde por essa modalidade.<sup>34</sup>

Segundo o TCU, o controle e a fiscalização dessas transferências dependem dos governos locais<sup>35</sup>, o que sujeita a efetiva realização dessas tarefas à estrutura e à capacidade desses governos. Nesse contexto, esse tipo de transferência é objeto de diferentes críticas, sobretudo, do ponto de vista normativo. Chaves (2020) argumenta sobre a falta de transparência dessa nova modalidade advertindo que a EC n. 105/2019, dispositivo legal que criou as “Emendas Pix”, apresenta violações de ordenamento jurídico e prejudica o princípio de separação de poderes, gerando graves incoerências e impossibilitando, em última instância, a fiscalização do “caminho do dinheiro”.

Contudo, a discussão na literatura sobre a falta de transparência sobre a autoria das proposições não recai apenas sobre as “Emendas Pix”, mas perpassa quase todas as EP<sup>36</sup> (Greggianin, Mendes e Almeida, 2023; Bijos, 2021; Câmara, 2011; Praça, 2013). Nos últimos anos, o Poder Legislativo tem pressionado o Poder Executivo para manter o controle sobre os recursos provenientes das recentemente extintas EP

<sup>34</sup>As transferências especiais são repassadas pelo Ministério da Fazenda, sob a rubrica orçamentária Unidade Orçamentária (UO), a “73101 – Recursos sob Supervisão do Ministério da Economia”, mas, conforme mencionado, não sendo possível identificar a área programática em que estes recursos estão sendo alocados.

<sup>35</sup>Processo: TC 032.080/2021-2.

<sup>36</sup>As EP de relator (RP-9) são o principal exemplo desse desafio, tendo levado o STF a declarar a sua inconstitucionalidade, tendo por principal motivação o descumprimento da RP-9 aos princípios gerais da CF-88.



de relator (Faria, 2023). Na seção sobre o protagonismo das emendas parlamentares individuais, destacamos como uma modalidade que era praticamente inexpressiva na série histórica, as EP de comissão, está com previsão de recursos de R\$ 8 bilhões na LOA de 2024, ou 32,5% do total de recursos via EP para a saúde. Esse cenário reacende discussões relacionadas à transparência, abrindo espaço para novas negociações entre os dois Poderes na realocação desses recursos.

Uma segunda discussão diz respeito à existência de controvérsias na destinação das EP de bancada, notabilizada por um desvirtuamento do seu propósito inicial (Greggianin et al., 2023; Bijos, 2021; Câmara, 2011; Praça, 2013). Os autores apontam que esse tipo de EP pode vir a atender interesses individuais, indo contra o objetivo com o qual foram criadas, isto é, atender deficiências de estados em áreas como saúde e educação e colaborar para obras de caráter estruturante. Estudos sobre os aspectos normativos das EP de bancada apontam indícios da existência do “rachadão”, um tipo de compartilhamento informal das EP entre os parlamentares da bancada, tornando-as, na prática, uma extensão das EP individuais (Praça, 2013; Bijos, 2021; Tollini, 2008).

No caso das EP de comissão, os autores não encontraram evidências na literatura de irregularidades em sua composição. Apesar disso, o elevado montante destinado a esse grupo em 2024 levanta dúvidas se as EP de comissão atenderão aos seus propósitos ou se servirão como ampliação das EP individuais, comportando-se como as extintas EP de relator geral.

Tendo em vista esse panorama, é evidente a necessidade da criação e implantação de mecanismos que garantam a transparência na destinação das EP, a fim de permitir a fiscalização e a coerência com seus propósitos, além da vinculação efetiva dos recursos a políticas e programas mais estruturantes. Na ausência desses ajustes, torna-se um desafio avaliar se há objetividade na destinação das EP individuais, de comissão e de bancada.

## Conclusão

Esta nota técnica teve como principal objetivo analisar a execução orçamentária de EP destinadas à saúde entre 2016 e 2024. Em linhas gerais, as EP têm aumentado sistematicamente seu volume de recursos autorizados e empenhados ao longo dos últimos anos. Em 2024, seu montante autorizado foi de R\$

25,5 bilhões, valor três vezes e meio superior ao de 2016 (R\$ 7,2 bilhões). Em relação aos recursos empenhados, a expansão foi de R\$ 17 bilhões, saindo de R\$ 5,7 bilhões em 2016 para R\$ 22,9 bilhões em 2023. Esse cenário é caracterizado, principalmente, pelos recursos alocados para “incrementos temporários de custeio”, que possibilita os parlamentares direcionarem recursos de EP para despesas correntes vinculadas ao SUS. Esse expressivo aumento da participação das EP no financiamento da saúde suscita preocupações, especialmente, com o desinvestimento em políticas estruturantes do SUS, com a baixa qualidade do investimento e com distorções na alocação de recursos federais em termos de equidade (Ulinski et al., 2024).

Em segundo lugar, verifica-se a ampliação da responsabilidade do Poder Legislativo sobre a destinação territorial do orçamento público federal da saúde, e proporcional redução da discricionariedade de alocação de recursos pelo Poder Executivo. Essa dinâmica se traduz, essencialmente, sobre as despesas correntes. Em 2016, as EP respondiam por 9,3% dos recursos empenhados para custeio. Em 2023, esse percentual aumentou para 52,3%. Inversamente, as despesas discricionárias, que eram responsáveis por 90,7% dessa composição, recuaram para 47,7%. Essa inversão sinaliza uma maior proeminência das EP do Congresso Nacional em relação às despesas discricionárias do Executivo.

Tal inversão também fica evidente ao observar o orçamento para a AB e a AHA. Até 2019, as despesas discricionárias detinham os maiores valores empenhados. No ano seguinte, esse cenário mudou, com as EP adquirindo mais espaço na composição orçamentária dessas duas subfunções. Os resultados dialogam com aqueles apontados por Rosa et al. (2023) de que, entre 2016 e 2022, quase a totalidade do aumento real de recursos totais destinados à APS se deu por EP.

Em 2016 e 2022, o volume de recursos empenhados em EP destinados à AB foram direcionados em maior medida ao Norte e Nordeste, regiões com menores percentuais de nascimentos com pré-natal adequado. As EP empenhadas destinadas à AHA foram alocadas prioritariamente no Centro-Oeste e no Norte, regiões com, respectivamente, taxas moderada e alta de mortalidade materna hospitalar. Particularmente, em relação à AB, observou-se que os municípios com cobertura da ESF na população SUS exclusiva igual ou superior a 80% apresentaram, em média, mais recursos empenhados do que aqueles



com cobertura inferior. Essa relação é mais evidente nos municípios de menor porte (pequeno porte I). Em conjunto com o fato de a maior parte dos recursos de EP individuais serem orientados a despesas correntes, esses resultados sugerem que as EP podem estar financiando o custeio de serviços da APS já existentes, perdendo a capacidade de indução da expansão da ESF.

Os resultados corroboram estudos anteriores (Vieira e Lima, 2022) sobre a priorização, na alocação de EP para a saúde, de municípios de pequeno porte em detrimento dos municípios de grande porte e metrópoles. Os resultados também se sobrepõem àquele encontrado em análise sobre a distribuição de recursos do Programa Previne Brasil, que alterou a forma de financiamento da APS, e que penalizou municípios com contingente populacional maior e com renda *per capita* menor (para municípios com mesmas características) (Rosa et al., 2023). Isto é, tanto a forma de financiamento federal da APS quanto a alocação das EP pelo Legislativo Federal desfavorecem municípios de grande porte.

Segundo estudo do IEPS, para que a ESF alcance 100% de cobertura no Brasil, seriam necessárias cerca de 25,6 mil novas equipes, ao custo de R\$ 22,9 bilhões ao ano. Considerando apenas a população SUS exclusiva, o número de equipes e custo anual para universalização seriam de 13,2 mil equipes e R\$ 11,6 bilhões ao ano, respectivamente (Faria et al., 2022). Nesse sentido, apesar de não configurarem um gasto fixo nas políticas públicas, ficando a cargo dos parlamentares essa decisão, seu volume de recursos poderia contribuir em grande medida para o alcance desses resultados.

Conforme mencionado na introdução deste documento, o objetivo desta nota técnica foi realizar uma análise descritiva da evolução do orçamento das EP em saúde, e da sua alocação nos municípios segundo indicadores de saúde e socioeconômicos. Em outras palavras, as análises realizadas não têm por finalidade avaliar o efeito das EP sobre as necessidades municipais de saúde. Para isso, são necessários outros estudos, podendo a presente nota ser utilizada como ponto de partida para essa investigação. Além disso, seria relevante identificar em que medida os recursos das EP são refletidos no planejamento orçamentário das localidades contempladas.

Em síntese, o novo cenário de intensa expansão da competência do Poder Legislativo sobre o orçamento público federal da saúde exige mecanismos para ampliar a transparência de critérios nas destinações das

EP e garantir o seu alinhamento com as políticas públicas e programas de saúde. Conforme aponta a literatura utilizada neste documento e os resultados encontrados, há indícios de que os parlamentares não necessariamente têm direcionado seus recursos para locais com maiores demandas de acesso à AB. Esse quadro, em última instância, cria dificuldades para que haja uma coordenação com as políticas públicas e, conseqüentemente, uma tradução em melhoria dos indicadores de saúde dos municípios brasileiros de forma equitativa.

## Agradecimentos

Agradecemos a Antonio Carlos Junior, Evelyn Santos, Fabíola Vieira, Sérgio Piola, Felipe Poyares, Rebeca Freitas e Vinicius Peçanha pelas sugestões e comentários e a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

## Referências

- Baião, A. L., C. G. Couto e V. E. Oliveira. 2019. “Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil”. *Revista de Sociologia e Política* 27 (71): e004. <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>.
- Bijos, P. R. S. 2021. *Governança legislativa orçamentária: da fragmentação paroquialista à priorização estratégica*. Estudo Técnico 8. Brasília: Câmara dos Deputados. [https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/artigo-glo\\_2021-05-31\\_publicacao](https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/artigo-glo_2021-05-31_publicacao).
- Brasil. 2022. *Decisão de julgamento na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 850*. Relatora: Min. Rosa Weber. Supremo Tribunal Federal.
- Carnut, L., E. C. G. Andre, Á. Mendes e A. L. P. Meira. 2021. “Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação de recursos”. *Saúde em Debate* 45, n. 129 (abril): 467–480. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>.
- Chaves, F. E. C. 2020. *A Emenda Constitucional nº 105 de 2019, e suas controvérsias em relação à separação de poderes e ao princípio federativo*. Texto para Discussão 280. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa (Senado Federal). <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td280>.



- Costa, Marco Aurélio e Bárbara Oliveira Marguti. 2015. *Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros*. Relatório técnico. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Edições Câmara. 2011. *40 anos de Consultoria Legislativa: consultores legislativos e consultores de orçamento*. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Faria, M., M. Camargo, A. Aguillar e R. Tasca. 2022. *Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família*. Estudo Institucional 8. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08>.
- Faria, R. O. 2023. *Emendas parlamentares e processo orçamentário no presidencialismo de coalizão*. São Paulo: Blucher.
- Greggianin, E., D. P. Almeida, M. Gurgel e T. M. A. Almeida. 2023. *Emendas Orçamentárias e Políticas Públicas*. Estudo Técnico 6. Brasília: Câmara dos Deputados. [https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/estudo-conof\\_cd\\_-\\_no-06-2023\\_-\\_emendas-orcamentarias-e-politicas-publicas](https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/estudo-conof_cd_-_no-06-2023_-_emendas-orcamentarias-e-politicas-publicas).
- Greggianin, E., G. R. Mendes e T. M. A. Almeida. 2023. *Emendas de Relator no Processo Orçamentário: Repercussão da Decisão do STF - ADPF 850, 851, 854 e 1.014 e da EC nº 126/2023*. Nota Técnica 1. Brasília: Câmara dos Deputados. [https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/NT1\\_2023.pdf](https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2023/NT1_2023.pdf).
- Guedes, A. M. 2000. “Controle financeiro e orçamentário público e a descentralização administrativa no Brasil”. *Revista do Tribunal de Contas da União*, n. 85, 13–26. <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/957>.
- Limongi, F. e A. Figueiredo. 2005. “Processo orçamentário e comportamento Legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo”. *Dados* 48, n. 4 (outubro): 737–776. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000400002>.
- Nobre, V. 2023. *Monitoramento do Orçamento da Saúde: Emendas Parlamentares*. Boletim IEPS 2. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-02-2023/>.
- Nobre, V. e M. Faria. 2023. *O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos?* Nota Técnica 29. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/nota-tecnica-29>.
- Pavini, C., J. Coelho e R. Durlo. 2023. *Com fiscalização e transparência falhas, EPs PIX somam R\$ 13 bi em quatro anos*. Relatório técnico. Transparência Brasil. [https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/emendas\\_pix\\_2023.pdf](https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/emendas_pix_2023.pdf).
- Piola, S. F. e F. S. Vieira. 2019. *As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde*. Texto para Discussão 2497. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9354>.
- Praça, S. 2013. *Corrupção e reforma orçamentária no Brasil 1987-2008*. São Paulo: Annablume.
- Rosa, L., H. Arruda, M. Faria, M. Mrejen, V. Nobre, A. Aguillar e R. Rocha. 2023. *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Estudo Institucional 9. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09>.
- Sanches, O. M. 1998. “A atuação do Poder Legislativo no orçamento: problemas e imperativos de um novo modelo”. *Revista de Informação Legislativa* 35 (138): 5–23. <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/360>.
- Souza, M. L. G., W. P. Figueiredo Junior e A. L. Bosio. 2019. *Aplicação de recursos decorrentes de emenda parlamentar para incremento do PAB e do MAC*. Nota Técnica 6. Brasília: Câmara dos Deputados. <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2019/nt-06-2019-aplicacao-de-recursos-decorrentes-de-emenda-parlamentar-para-incremento-do-pab-e-do-mac>.
- Tollini, H. M. 2008. “Aprimorando as relações do Poder Executivo com o Congresso Nacional nos processos de elaboração e execução orçamentária”. *Cadernos ASLEGIS*, n. 34, 213–236. <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/360>.
- Tollini, H. M. e P. Bijos. 2021. *Por um novo modelo de emendas parlamentares ao orçamento*. Estudo Técnico 22. Brasília: Câmara dos Deputados. [https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/Est22\\_2021.pdf](https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2021/Est22_2021.pdf).



Ulinski, K. G. B., B. G. Carvalho, F. S. Vieira, R. Rodrigues e L. D. Lima. 2024. “Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde”. *Cadernos de Saúde Pública* 40:e00007323.

Vieira, F. S. e L. D. Lima. 2022. “Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB”. *Revista de Saúde Pública* 56:123. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465>.

---

### **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**

Nobre, V., Rodrigues, M., Semente, M. (2024). *Emendas Parlamentares em saúde: para onde caminham?*. Nota Técnica n. 35. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

[www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br)  
[contato@ieps.org.br](mailto:contato@ieps.org.br)



## Apêndice

**Tabela A1. Distribuição de municípios segundo IVS, cobertura da ESF na população SUS dependente e Porte Populacional (2016)**

Distribuição dos municípios segundo IVS, ESF e Porte Populacional	Pequeno porte I	Pequeno porte II	Médio porte	Grande porte	Metrópole
ESF < 80 / IVS-muito-alto	7	30	14	2	0
ESF < 80 / IVS-alto	12	15	13	12	0
ESF < 80 / IVS-médio	27	26	12	51	6
ESF < 80 / IVS-baixo	69	75	34	52	3
ESF < 80 / IVS-muito-baixo	19	29	19	23	0
ESF ≥ 80 / IVS-muito-alto	181	68	8	2	0
ESF ≥ 80 / IVS-alto	277	102	29	3	0
ESF ≥ 80 / IVS-médio	319	70	28	18	2
ESF ≥ 80 / IVS-baixo	409	112	39	33	4
ESF ≥ 80 / IVS-muito-baixo	129	43	27	19	0

Fonte: FNS, SISAB/MS e IPEA.

**Tabela A2. Distribuição de municípios segundo IVS, cobertura da ESF na população SUS dependente e Porte Populacional (2022)**

Distribuição dos municípios segundo IVS, ESF e Porte Populacional	Pequeno porte I	Pequeno porte II	Médio porte	Grande porte	Metrópole
ESF < 80 / IVS-muito-alto	77	86	25	5	0
ESF < 80 / IVS-alto	54	53	19	12	0
ESF < 80 / IVS-médio	77	36	16	45	8
ESF < 80 / IVS-baixo	123	65	29	49	4
ESF < 80 / IVS-muito-baixo	36	29	22	20	0
ESF ≥ 80 / IVS-muito-alto	329	100	13	2	0
ESF ≥ 80 / IVS-alto	628	199	38	9	0
ESF ≥ 80 / IVS-médio	702	131	41	37	0
ESF ≥ 80 / IVS-baixo	910	207	73	47	4
ESF ≥ 80 / IVS-muito-baixo	297	80	44	30	0

Fonte: FNS, SISAB/MS e IPEA.



**Tabela A3. Repasse empenhado de emendas parlamentares individuais *per capita* na Atenção Básica**

<b>Repasse Emendas Individuais <i>per capita</i> AB (por UF)</b>	<b>2016</b>	<b>2022</b>
RR	R\$ 13,16	R\$ 80,36
AC	R\$ 18,41	R\$ 79,22
AP	R\$ 10,62	R\$ 70,81
TO	R\$ 17,30	R\$ 48,37
SE	R\$ 3,06	R\$ 42,02
PI	R\$ 8,63	R\$ 30,19
PB	R\$ 10,52	R\$ 25,10
RO	R\$ 4,70	R\$ 24,01
MS	R\$ 0,51	R\$ 22,88
BA	R\$ 5,26	R\$ 21,56
CE	R\$ 3,22	R\$ 21,54
AL	R\$ 6,37	R\$ 21,53
AM	R\$ 3,49	R\$ 19,12
MT	R\$ 6,39	R\$ 18,97
RS	R\$ 6,61	R\$ 18,35
PE	R\$ 5,24	R\$ 18,19
GO	R\$ 7,77	R\$ 18,11
MA	R\$ 2,16	R\$ 17,59
SC	R\$ 2,78	R\$ 17,53
ES	R\$ 6,61	R\$ 16,94
RN	R\$ 7,34	R\$ 16,16
PR	R\$ 3,46	R\$ 15,62
PA	R\$ 5,99	R\$ 14,30
MG	R\$ 4,62	R\$ 13,36
RJ	R\$ 2,17	R\$ 12,38
SP	R\$ 3,40	R\$ 7,62
DF	R\$ 0,06	R\$ 0,58

Fonte: FNS, ANS e DATASUS.



**Tabela A4. Repasse empenhado de emendas parlamentares individuais *per capita* na Assistência Hospitalar e Ambulatorial**

<b>Repasse Emendas Individuais <i>per capita</i> AHA (por UF)</b>	<b>2016</b>	<b>2022</b>
RR	R\$ 21,37	R\$ 31,48
AP	R\$ 2,84	R\$ 29,44
AC	R\$ 7,62	R\$ 24,92
RO	R\$ 13,83	R\$ 22,59
MT	R\$ 6,53	R\$ 15,46
MS	R\$ 2,56	R\$ 13,30
DF	R\$ 2,46	R\$ 13,03
AL	R\$ 2,53	R\$ 11,88
RN	R\$ 3,73	R\$ 11,73
RJ	R\$ 3,22	R\$ 11,27
MA	R\$ 1,36	R\$ 10,99
GO	R\$ 5,74	R\$ 10,13
PB	R\$ 2,76	R\$ 9,61
ES	R\$ 2,05	R\$ 8,67
MG	R\$ 1,26	R\$ 8,64
TO	R\$ 8,99	R\$ 8,56
PR	R\$ 2,13	R\$ 8,20
SP	R\$ 0,99	R\$ 8,20
PE	R\$ 3,75	R\$ 7,92
PI	R\$ 4,01	R\$ 7,58
RS	R\$ 0,51	R\$ 7,55
PA	R\$ 3,53	R\$ 7,17
AM	R\$ 3,54	R\$ 6,25
SC	R\$ 1,78	R\$ 6,15
CE	R\$ 1,97	R\$ 5,44
BA	R\$ 4,75	R\$ 5,02
SE	R\$ 1,64	R\$ 1,40

Fonte: FNS, ANS e DATASUS.



## Apêndice metodológico

Ao longo da elaboração desta nota técnica, com o objetivo de caracterizar o nível de controle do Poder Legislativo sobre o orçamento federal da saúde, foram realizadas comparações com o orçamento discricionário do MS. Cabe destacar que, no quadriênio 2016-2019 e em 2024, houve recursos discricionários (RP-3) vinculados à saúde destinados pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e, por essa razão, ao nos referirmos às despesas discricionárias da pasta nesses anos, estaremos não apenas nos referindo às despesas inseridas no identificador RP-2, mas também àquelas advindas do PAC (RP-3). Existem ainda outros dois identificadores de resultado primário: Despesas Financeiras (RP-0) e Despesas Obrigatórias (RP-1). No entanto, por este documento ter como foco a análise as despesas discricionárias do orçamento federal da saúde, nos concentramos exclusivamente nas despesas via EP e nas despesas discricionárias do Poder Executivo. A Tabela B1 elenca cada identificador de resultado primário e sua respectiva descrição.

**Tabela B1. Identificadores de resultado primário no orçamento público federal**

Identificadores de Resultado Primário (RP)	Descrição
Despesas Financeiras (RP-0)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas que não comprometem o resultado primário, isto é, a relação entre receita menos despesa, no exercício financeiro correspondente;</li><li>• Não contribuem para o financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).</li></ul>
Despesas Obrigatórias (RP-1)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas nas quais o gestor público não possui discricionariedade quanto à determinação do seu montante, bem como ao momento de sua realização, por determinação legal ou constitucional.</li></ul>
Despesas Discricionárias (RP-2)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas que permitem ao gestor público flexibilidade quanto ao estabelecimento de seu montante, assim como quanto à oportunidade de sua execução.</li></ul>
Despesas Discricionárias - PAC (RP-3)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas que permitem ao gestor público flexibilidade quanto ao estabelecimento de seu montante, assim como quanto à oportunidade de sua execução. Possuem identificador próprio por poderem ser deduzidas da meta de resultado primário até o limite de R\$ 28,7 bilhões.</li></ul>
Emendas Individuais (RP-6)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas relativas à EP cuja destinação é de atribuição de cada senador ou deputado.</li></ul>
Emendas de Bancada (RP-7)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas relativas à EP cuja destinação é de atribuição das bancadas estaduais ou regionais do Congresso Nacional.</li></ul>
Emendas de Comissão (RP-8)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas relativas à EP cuja destinação é de atribuição das comissões permanentes de cada uma das casas legislativas do Congresso Nacional.</li></ul>
Emendas de Relator (RP-9)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despesas relativas à EP cuja autoria é atribuída ao deputado ou senador escolhido para relatar a peça orçamentária anual (LOA).</li></ul>

Fonte: Câmara dos Deputados.



Em 2019, por meio da Portaria n. 395 de 14 de março de 2019, foram criadas as ações orçamentárias “2E89” e “2E90”<sup>37</sup> que, embora estejam inseridas no RP-2 (relativo às despesas discricionárias do MS), têm como finalidade específica permitir a aplicação de recursos decorrentes de EP para incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) e Média e Alta Complexidade (MAC). Nesses casos, as EP não são apresentadas às programações originalmente destinadas ao custeio do PAB (219A) e MAC (8585), o que significa que sua distribuição não segue critérios demográficos e outros critérios estabelecidos pela legislação (Souza, Figueiredo Junior e Bosio, 2019).

Essa e outras normativas<sup>38</sup> possibilitaram que nos anos de 2019, 2020, 2023 e 2024, as ações orçamentárias “2E89” e “2E90” recebessem aportes de recursos significativos no identificador pertencente às despesas discricionárias do MS (RP-2). Na prática, isso implica, em última instância, na superestimação do volume de despesas discricionárias e subestimação do volume das EP. Portanto, para mensurar com precisão a magnitude das EP no orçamento federal da saúde, os recursos das ações “2E89” e “2E90” foram somados às despesas correntes pertencentes aos identificadores de resultado primário destinados às emendas e subtraídos do identificador de despesas discricionárias. Dessa forma, quando tratamos de EP, consideramos em sua composição não só as dotações pertencentes a seus RP, mas o volume de recursos dessas ações identificadas em RP-2. Há ainda outro aspecto relevante sobre tais ações: não é possível identificar, nos Planos Orçamentários<sup>39</sup>, a modalidade de EP a qual está atrelada a maior parte dos recursos nelas inseridos. Ou seja, há dificuldade de precisar se a maior parcela desses recursos são advindos de EP Individuais, de Relator, de Bancada ou de Comissão. A Tabela B2 sintetiza esses valores e suas respectivas descrições.

---

<sup>37</sup>Introduzidas na Lei Orçamentária de 2019 pelo Congresso Nacional por meio do Cadastro de Ações, encaminhado pelo Congresso e publicado pelo Poder Executivo.

<sup>38</sup>Dentre elas, as Portarias GM/MS n. 488 de 23 de março de 2020; n. 1.263 de 18 de junho de 2021; n. 449 de 5 de abril de 2023; e n. 544 de 3 de maio de 2023.

<sup>39</sup>Os Planos Orçamentários (PO) têm por principal objetivo permitir que tanto a elaboração do orçamento quanto o acompanhamento físico e financeiro da execução ocorram em nível mais detalhado quando comparado à ação orçamentária. Veja mais [aqui](#).



**Tabela B2. Volume de recursos autorizados para as ações “2E89” e “2E90”, pertencentes à EP, mas inseridos em RP-2, por Planos Orçamentários (PO)**

Planos Orçamentários (em R\$ bilhões)	2019	2020	2023	2024	Modalidade de Emenda
0000 - Incremento temporário de custeio AHA	R\$ 2,73	-	R\$ 1,73	-	Não são passíveis de identificação
0000 - Incremento temporário de custeio PAB	R\$ 2,94	-	-	-	
0001 - Ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC n. 201, de 2023	-	-	R\$ 0,85	-	
0001 - Outras dotações remanejadas do PO A400 para custeio da saúde	-	-	R\$ 0,78	-	
0002 - Ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC n. 201, de 2023	-	-	R\$ 1,91	-	
A400 - Dotações classificadas com RP-2 que não podem ser canceladas para fins de abertura de crédito suplementar autorizado na LOA-2023	-	-	R\$ 2,30	-	
Emendas de Bancada (CB) (a)	-	-	-	R\$ 0,78	Emendas de Bancada
Emendas de Bancada (EB) (b)	-	R\$ 0,03	R\$ 0,69	-	Emendas de Bancada
Emendas de Comissão (EC) (c)	-	-	-	-	Emendas de Comissão
<b>Total</b>	<b>R\$ 5,67</b>	<b>R\$ 0,03</b>	<b>R\$ 8,26</b>	<b>R\$ 0,78</b>	-

Fonte: SIAFI. Nota I: (a) Esses recursos são referentes às dotações autorizadas de EP de bancada, cujo cancelamento por ato do Poder Executivo está condicionado à observância dos §7º, 10 e 11 do art. 4º da LOA-2024; (b) EP de bancada em observância ao disposto no inciso I do § 7º do art. 4º da LOA-2023; e (c) EP de comissão. Nota II: Em 2019, R\$ 4 milhões foram destinados por EP de comissão inseridas em RP-2. No entanto, por apresentarem baixa participação relativa (0,07%) e absoluta, estes valores foram desconsiderados da tabela. Nota III: Na descrição dos valores expostos na tabela acima, consideramos os montantes autorizados ao invés dos empenhados a fim de contemplar o ano de 2024, dado que, conforme citado na metodologia, a execução orçamentária do exercício financeiro ainda está em andamento. Essa abordagem, no entanto, não impacta na descrição dos valores dos demais anos, visto que a execução orçamentária ocorreu de forma completa nesses períodos. Nota IV: Em relação à nomenclatura das siglas (a), (b) e (c), elas estão nomeadas dessa forma em razão de este ser o formato em que estão apresentadas no SIOP.