



SENADO FEDERAL

Instituto Legislativo Brasileiro – ILB

PÓS-GRADUAÇÃO EM ORÇAMENTO PÚBLICO

GUILHERME KNEVITZ

A QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO NA ALOCAÇÃO DAS EMENDAS  
PARLAMENTARES NO CUSTEIO DA SAÚDE PRIMÁRIA

Brasília, DF.

2022



GUILHERME KNEVITZ

A QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO NA ALOCAÇÃO DAS EMENDAS  
PARLAMENTARES NO CUSTEIO DA SAÚDE PRIMÁRIA

Monografia apresentada ao Instituto Legislativo Brasileiro – ILB como pré-requisito para a obtenção de certificado de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Orçamento Público.

**Orientador:** Professor Mestre Rafael Inacio De Fraia e Souza

Brasília, DF.

2022



## Termo Geral de Autorização para Publicação Digital na BDSF

Como titular dos direitos autorais do conteúdo supracitado, autorizo a Biblioteca Digital do Senado Federal (BDSF) a disponibilizar este trabalho gratuitamente, de acordo com a licença pública Creative Commons – Atribuição - Uso Não Comercial – Compartilhamento pela mesma Licença 3.0 Brasil. Tal licença permite copiar, distribuir, exibir, executar a obra e criar obras derivadas, sob as seguintes condições: dar sempre crédito ao autor original, não utilizar a obra com finalidades comerciais e compartilhar a nova obra pela mesma licença no caso de criar obra derivada desta.

Guilherme Knevitz Autor

Knevitz, Guilherme.

A qualidade do gasto público na alocação das emendas parlamentares no custeio da saúde primária / Guilherme Knevitz. – Brasília, 2022.

X p. : il.

Orientador: Prof. Mestre Rafael Inacio de Fraia e Souza

Trabalho de conclusão de curso pós-graduação *lato sensu* em Orçamento Público. – Instituto Legislativo Brasileiro, 2022.

1. Qualidade do Gasto Público. 2. Emendas Parlamentares. 3. Custeio da Saúde Primária. I. Título.

CDD XXX.XX



GUILHERME KNEVITZ

A QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO NA ALOCAÇÃO DAS EMENDAS  
PARLAMENTARES NO CUSTEIO DA SAÚDE PRIMÁRIA

Monografia apresentada ao Instituto Legislativo Brasileiro – ILB como pré-requisito para a obtenção de certificado de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Orçamento Público.

Aprovada em Brasília, em        de novembro de 2022 por:

Banca Examinadora:

Rafael Inacio De Fraia e Souza

Senado Federal

Carlos Alexandre Amorim Rocha

Senado Federal



## RESUMO

A qualidade do gasto público é tema importante nos estados contemporâneos, nos quais a sociedade demanda por mais serviços públicos e com melhor qualidade, porém o Estado encontra limites na criação de tributos para financiar o aumento ou aprimoramento dos serviços. Com esse direcionamento, passei a analisar a qualidade do gasto público das emendas parlamentares no custeio da saúde primária, se coadunam com as políticas públicas e buscam garantir o melhor uso para os recursos públicos colocados sob gestão dos parlamentares. Para compreender como as emendas parlamentares podem melhor colaborar com o serviço público da saúde primária, fiz uma abordagem sobre os conceitos de gasto público, da qualidade do gasto, da saúde primária, do financiamento do custeio da saúde primária e abordei o tema emendas parlamentares. Após esse referencial, a análise do trabalho passa a tratar do Programa Previne Brasil, que é a atual política pública de financiamento do custeio da saúde primária, e da alocação das emendas parlamentares em complementação a esse sistema. Para realizar um comparativo que possibilitasse análise dos dados, adotei o índice de desenvolvimento humano municipalizado (IDHm) e selecionei 60 municípios em três estados brasileiros. Do levantamento e cruzamento de dados é possível afirmar que as emendas parlamentares possuem importância significativa para o custeio da saúde primária. Apesar de ter sido constatada uma destinação privilegiada das emendas parlamentares aos municípios da amostra, foram constatadas diversas disparidades na destinação de recursos. É nesse ponto que destaco a necessidade de aumentar e aprimorar as ferramentas que possibilitem os parlamentares identificar as necessidades de custeio da saúde primária para a destinação com maior qualidade dos recursos públicos. Apesar de não haver, de forma geral, imposição legal para que as emendas parlamentares sejam empregadas com critérios outros que não o político, disponibilizar informações e ferramentas aos parlamentares possibilitará uma nova lógica de destinação de recursos. O objetivo do trabalho dista criticar o critério político, pois esse é um caminho que os representantes do povo se unem com os beneficiários para debater a melhor destinação aos recursos públicos. O que é proposto é verificar se há possibilidade de adicionar ao critério político dados, informações, transparência e destacar oportunidades para orientar o gasto com qualidade, possibilitando, inclusive o acompanhamento e a crítica por parte da sociedade que elegeu seus representantes.

Palavras-chave: Qualidade do Gasto Público, Emendas Parlamentares, Custeio da Saúde Primária



## ABSTRACT

The quality of public spending is an important issue in contemporary states, in which society increasingly demands more and better quality public services, but the state finds limits in the creation of taxes to finance the increase or improvement of services. With this direction in mind, I started to analyze the quality of public spending of parliamentary amendments in the cost of primary health, if they are in line with public policies and seek to ensure the best use of public resources placed under the management of parliamentarians. In order to understand how parliamentary amendments can better collaborate with the public service of primary health, I approached the concepts of public spending, the quality of spending, primary health, the financing of primary health costs and addressed the topic of parliamentary amendments. After this references, the analysis of the work goes on to discuss the Previne Brasil Program, which is the current public policy for funding the cost of primary health, and the allocation of parliamentary amendments to complement this system. To make a comparison that would allow data analysis, I adopted the municipality human development index and selected 60 municipalities in three Brazilian states. From the collection and cross-referencing of data, it is possible to affirm that parliamentary amendments have significant importance for the cost of primary health care. Although a privileged destination of parliamentary amendments to the municipalities in the sample has been verified, several disparities in the allocation of resources were found. It is at this point that I highlight the need to increase and improve the tools that allow parliamentarians to identify the funding needs of primary health for the allocation of public resources with higher quality. Although, in general, there is no legal imposition for parliamentary amendments to be used with criteria other than the political one, making information and tools available to parliamentarians will enable a new logic for the allocation of resources. The objective of the work is not to criticize the political criterion, because this is a way that the representatives of the people unite with the beneficiaries to debate the best destination of public resources. What is proposed is to verify if there is the possibility of adding data, information, transparency to the political criterion and highlighting opportunities to guide spending with quality, even enabling monitoring and criticism by the society that elected its representatives.

Keywords: Quality of Public Spending, Parliamentary Amendments, Funding of Primary Health.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dotação Final por Ação no Orçamento Geral da União dos anos de 2020 e 2021 em milhões de R\$ .....	32
Gráfico 2 – Dotação de RP9 em milhões de Reais.....	38
Gráfico 3 – Valores empenhados em milhões de reais – Custeio da saúde primária .....	39
Gráfico 4 – Dotações em milhões de reais da ação 2E89 por resultado primário .....	40



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos de Resultado Primário ..... 36



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Capacidade de atendimento das equipes de saúde .....	28
Tabela 2 – Ano de 2020. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de São Paulo com menores índices de IDHM .....	44
Tabela 3 - Ano de 2021. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de São Paulo com menores índices de IDHM .....	45
Tabela 4 - Ano de 2020. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado do Rio Grande do Norte com menores índices de IDHM .....	47
Tabela 5 - Ano de 2021. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado do Rio Grande do Norte com menores índices de IDHM .....	49
Tabela 6 - Ano de 2020. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de Alagoas com menores índices de IDHM .....	50
Tabela 7 - Ano de 2021. Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de Alagoas com menores índices de IDHM .....	52
Tabela 8 - Índices de desempenho dos municípios com melhores e piores médias.....	54



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	Considerações Iniciais .....	11
1.2	Justificativa .....	13
1.3	Objetivos .....	14
1.4	Objetivos Específicos .....	14
1.5	Metodologia .....	14
2	CONCEITOS .....	16
2.1	Gasto público e qualidade .....	16
2.2	Indicadores Sociais da Saúde Primária .....	17
2.3	Critério político na destinação de emendas .....	19
2.4	Saúde primária .....	20
2.5	Custeio da Saúde Primária .....	22
2.5.1.	Programa Previne Brasil .....	27
2.6	Transição do regime de financiamento piso PAB para o Previne Brasil .....	30
2.7	Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária .....	31
2.8	Comparativo entre recursos de emendas parlamentares e repasses do Ministério da Saúde ao Custeio da Saúde Primária .....	32
2.9	Ações que podem ser financiadas por emendas parlamentares de custeio à saúde primária .....	34
2.10	Emendas parlamentares .....	35
3	GASTOS COM SAÚDE PRIMÁRIA COMPARADO COM INDICADORES DA SAÚDE .....	40
3.1	Seleção de municípios por unidade federada .....	42
3.2	Estado de São Paulo .....	43
3.2.1.	Municípios com menores índices de IDHM .....	44
3.3	Estado do Rio Grande do Norte .....	46
3.3.1.	Municípios com menores índices de IDHM .....	47
3.4	Estado de Alagoas .....	50
3.4.1.	Municípios com menores índices de IDHM .....	50
3.5	Levantamento dos índices de desempenho .....	53
3.6	Análise dos dados das amostras .....	54
4	CONCLUSÕES .....	57
	REFERÊNCIAS .....	60



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Considerações Iniciais

A saúde pública no nosso país é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida principalmente em saúde primária e saúde especializada, mas também há as áreas de vigilância da saúde e saúde indígena entre outros programas de grande importância, mas de menor abrangência.

Na divisão orçamentária, a saúde é classificada e sub classificada em funções pela Portaria do Ministério de Orçamento e Gestão nº 42, de 14 de abril de 1999, que discrimina a despesa da União por funções orçamentárias, o código da Função da saúde é 10 o qual possui seis subfunções:

- 301 – Atenção Básica
- 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial
- 303 – Suporte Profilático e Terapêutico
- 304 – Vigilância Sanitária
- 305 – Vigilância Epidemiológica
- 306 – Alimentação e Nutrição (MINISTÉRIO DE ORÇAMENTO E GESTÃO)

Todas essas áreas estão aptas a receber recursos via emendas parlamentares, porém este trabalho terá como foco a saúde primária (301 - atenção básica), que é o primeiro atendimento ao cidadão e é a prestação em termos de saúde que está presente em todos os municípios do Brasil, indiscriminadamente.

A atenção à saúde primária compreende uma ampla, robusta e complexa rede de atendimento que envolve dezenas de milhares de próprios públicos e centenas de milhares de profissionais de saúde distribuídos em todo território nacional e que pretende atender mais de 140 milhões de pessoas a partir de 2019 com o lançamento do Programa Previnha Brasil (NASCIMENTO, 2019). Para dar suporte a todo esse aparato, é necessário que o Estado realize investimentos de recursos financeiros e esse é uma parte que vamos detalhar nesse trabalho para podermos compreender como os recursos das emendas parlamentares podem auxiliar, de forma assertiva, no financiamento da saúde de atenção primária.

A abordagem a ser realizada é a qualidade do gasto público das emendas parlamentares como coadjuvantes orçamentárias no financiamento da atenção primária da saúde nos anos de



2020 e 2021. Como as alocações de emendas são realizadas por estado<sup>1</sup>, pois geralmente os parlamentares contemplam sua respectiva unidade federativa, vamos fazer o recorte de três estados brasileiros com base o índice de desenvolvimento humano municipalizado (IDHM) para analisar a alocação de recursos no biênio citado.

Anualmente bilhões de reais são alocados em saúde pública por meio de emendas parlamentares individuais, de bancada e de relator em complementação aos recursos do Ministério da Saúde. Os recursos das emendas parlamentares são garantidos em dispositivos constitucionais e legais e não são valores insignificantes, a soma das emendas parlamentares individuais, de bancada e de relator representou R\$ 35.537.687.099,00 no ano de 2020 e R\$ 33.837.137.171,00 no ano de 2021<sup>2</sup>.

Esses recursos das emendas parlamentares são importantes para o sistema de saúde brasileiro, pois a Constituição prevê a alocação mínima de 50% das emendas individuais na área de saúde, logo o sistema já conta com esse valor. Quanto às emendas de bancada, apesar de não haver obrigação legal de mínimo a ser aplicado em saúde, historicamente nos projetos de lei orçamentária anual (PLOA) sempre houve previsão nas emendas de bancada de recursos de para a saúde. As emendas de relator não possuem regramento de mínimo de aplicação na saúde, mas no montante de recursos à disposição do relator constante do PLOA também já há um valor mínimo a ser aplicado em saúde.

Os valores para a área de saúde nas emendas de bancada e de relator são alocados no orçamento geral da União em decorrência da obrigação do governo federal de investir um mínimo de recursos nas ações e serviços públicos de saúde, o que será detalhado à frente, e à vinculação dos gastos em saúde com a fonte de recursos.

A Constituição Federal no inciso IV do art. 167 exclui a saúde da regra que é a desvinculação das receitas e dessa forma a destinação da arrecadação do orçamento da seguridade social fica vinculada à saúde, à assistência social e à previdência social.

Art. 167. São vedados:

[...]

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, **a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (...)** (sem negrito no original)

<sup>1</sup> Neste trabalho o termo “estado” também irá compreender o Distrito Federal, salvo quando houver ressalva.

<sup>2</sup> SIOP – Consulta Pública. Filtros: Ano 2020 e 2021, RP 6, 7 e 9. Disponível em: [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QuAJAXzfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QuAJAXzfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true). Acessado em: 26 de set. 2022.



Por todo esse conjunto de recursos que ingressam obrigatoriamente no SUS por meio de emendas parlamentares é importante ter um olhar para que não seja apenas uma entrada de recursos, mas um reforço coadunado com a estratégia de financiamento do Sistema.

As emendas parlamentares são frequentemente objeto de críticas pela sociedade e imprensa, que as categorizam como recursos destinados a fins políticos e que não possuem critérios técnicos de aplicação. Para averiguar essa afirmação, este trabalho trará uma amostra da indicação de emendas parlamentares destinadas ao custeio da saúde comparada com os indicadores de saúde dos municípios.

Não serão tema deste trabalho os recursos destinados ao enfrentamento da pandemia causada pela COVID 19 nos anos de 2020 e 2021, no que pese esses recursos também tiveram destinação para apoiar o atendimento à saúde primária, foge ao escopo do presente trabalho que é analisar os recursos ordinariamente alocados na atenção à saúde primária.

Esse trabalho também não visa abordar a qualidade da gestão municipal dos recursos de emendas parlamentares alocados na saúde primária.

## **1.2 Justificativa**

A pertinência do tema qualidade do gasto público no custeio da saúde primária se apresenta por questões de legalidade e pelo montante de recursos decorrentes de emendas parlamentares alocado em saúde.

Identificar as políticas públicas, os municípios com maiores carências, áreas que necessitam de recursos para melhorar a prestação de serviços ao cidadão são desafios que se apresentam para a destinação de recursos públicos.

Esses vieses precisam ter a importância destacada de forma prática para que possam ser facilmente observados pelos parlamentares na alocação dos recursos sob sua discricionariedade, bem como possam ser aferidos pela sociedade organizada. Esse é um caminho para garantir a melhor qualidade no gasto público, para que esse alcance a sua finalidade no tempo e na forma que são requisitados pela população na área da saúde primária.

O problema vislumbrado por esse trabalho é identificar qualitativamente quais os municípios que possuem a maior necessidade por emendas parlamentares no custeio da saúde primária para possibilitar ganho na qualidade do gasto público quanto ao critério de alocação de recursos.



### 1.3 Objetivos

Como objetivos específicos: (i) destacar elementos conceituais afetos ao gasto público, à qualidade, à saúde primária e às emendas parlamentares e (ii) detalhar um caminho para identificar os municípios e as iniciativas que mais precisam de recursos para o custeio da saúde primária.

Pretende-se, com a inserção desses conhecimentos, alcançar o objetivo geral que é fornecer critérios técnicos para se somar ao critério político e às normas legais para embasar e auxiliar na decisão de indicação das emendas parlamentares com melhorar qualidade.

### 1.4 Objetivos Específicos

Compõe o rol dos objetivos específicos as seguintes sentenças:

- a) Ressaltar os conceitos atinentes ao gasto e à qualidade do gasto público, principalmente quanto à alocação de recursos;
- b) Apresentar a definição de saúde primária;
- c) Detalhar a forma de financiamento do custeio da saúde primária;
- d) Identificar quais dados sociais são atrelados à alocação de recursos para o custeio da saúde primária.
- e) Identificação das programações orçamentárias que se correlacionam com os dados sociais do custeio da saúde primária.
- f) Identificar as emendas parlamentares correlacionadas com o custeio da saúde nos anos de 2020 e 2021.
- g) Indicar em quais sistemas dos órgãos públicos encontrar os dados sociais relacionados ao custeio da saúde primária por localização geográfica.

### 1.5 Metodologia

O trabalho seguiu a metodologia exploratório de pesquisa metodológica com base em repositório bibliográfico e nas normas pertinentes ao tema. Para realizar o levantamento de dados, foi recorrido à sistemas informatizados de órgãos públicos disponibilizados na internet.

Para orientar onde poderiam ser mais bem distribuídos os recursos para o custeio da saúde primária decorrentes de emendas parlamentares foi escolhido montar uma amostra de municípios organizados por três estados da federação adotando-se o índice de desenvolvimento humano municipalizado como critério.

A partir do momento em que foi selecionada a amostra, o próximo passo foi obter dados referentes à população dos municípios, quantidades de equipes de saúde por município,



capacidade de atendimento dessas equipes de saúde, índice de desempenho e os respectivos pagamentos do programa Previne Brasil às municipalidades.

A forma de obter esses dados foi por meio do site e-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica<sup>3</sup>, acessando o menu Relatórios Públicos, Financiamento APS, Pagamentos APS (2020-2021).

Para separar os dados dos municípios que fazem parte da amostra foi aplicado o filtro por unidade da federação selecionando um dos três estados por vez. Com todos os dados sociais da saúde em planilha foram aplicados filtros para separar os dados dos 20 municípios com menor índice de desenvolvimento humano municipalizado por estado.

Com os índices de capitação ponderada e desempenho organizados, foram extraídos os dados dos pagamentos do Programa Previne Brasil de município por município nos anos de 2020 e 2021, também por meio formulário da internet “Pagamentos APS (2020-2021)”, mas dessa vez copiando os dados em tela e planilhando.

De posse dos índices de saúde e dos repasses de recursos do Programa Previne Brasil a medida seguinte era obter quanto cada município recebeu de emendas parlamentares para o custeio da saúde primária.

O caminho para conseguir os dados das emendas parlamentares que tiveram a execução financeira realizada foi recorrer ao site do Fundo Nacional de Saúde (FNS)<sup>4</sup>, clicar em “Consulta e Repasses” e acessar a “Consulta de Pagamento Consolidado” - Demonstrativo das transferências de recursos realizadas por bloco de financiamento.

Na consulta consolidada foi realizado o filtro por Ano, por Estado e por Tipo de Repasse “Municipal” e gerada uma planilha com todos os dados de pagamento por bloco de financiamento. Nessa planilha foi aplicado o filtro por municípios da amostra, pelo grupo “ATENCAO PRIMARIA” e pela ação detalhada “INCREMENTO TEMPORARIO AO CUSTEIO DOS SERVICOS DE ATENCAO PRIMARIA EM SAUDE” obtendo-se todos os repasses das emendas parlamentares, que foram somados por municípios da amostra.

Após coletar todos os dados, para facilitar as comparações entre índices de saúde, o financiamento do Ministério da Saúde e o os repasses de emendas parlamentares, os dados foram organizados em tabelas divididas por ano e por estado.

---

<sup>3</sup> Disponível em (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

<sup>4</sup> Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br>.



Também foi realizada a análise comparativa a nível municipal entre os 7 indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil. Essa comparação visa demonstrar qual dos indicadores de saúde em um município é o que necessita de maior atenção.

Para identificar os indicadores de desempenho da saúde primária dentro de municípios foi seguido o seguinte processo, acesso ao e-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica<sup>5</sup>, na sequência acessado o menu Relatórios Públicos e após isso clicando no item “Painéis APS”. Após acessar a página do Painéis APS, foram aplicados os filtros de ano, estado e municípios selecionados e copiados os dados dos sete indicadores.

## 2 CONCEITOS

### 2.1 Gasto público e qualidade

As políticas públicas envolvem diversas atividades desenvolvidas pelo Estado em prol da sua população, o que abrange, por exemplo, a cobrança de tributos, a gestão do orçamento, a execução de serviços, a manutenção da máquina pública. Para o desempenho de todas as atividades o Estado precisa realizar o gasto público do dinheiro, que é o meio, operação contábil, para a entrega de serviços e investimentos à população.

Em seu artigo para a Escola de Administração Pública do Governo Federal, Fernando Antônio Rezende da Silva define gastos públicos da seguinte forma:

...os gastos públicos, operacionalizados por meio das políticas públicas, são os instrumentos de atuação dos governos, pois, mediante sua utilização, os governos definem as prioridades em relação à prestação de serviços públicos básicos e essenciais à população brasileira... (SILVA, 2017)

Ao entendermos o conceito de gasto, devemos compreender que ele deve ser executado de modo eficiente para alcançar os fins que se destina, devendo obedecer a todos os princípios constitucionais e legais que presam pela boa gestão da coisa pública.

Ao tratar de gasto público o princípio constitucional que vai nortear os demais regramentos legais e normativos é o princípio da eficiência, previsto no caput do artigo 37 da Constituição Federal. No nível de disciplinamento legal do gasto do orçamento União, o legislador expressa a qualidade do gasto público como uma diretriz do Plano Plurianual (PPA) de 2020 a 2023:

---

<sup>5</sup> Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>.



Art. 3º São diretrizes do PPA 2020-2023:

I - (...);

II - a busca contínua pelo aprimoramento da qualidade do gasto público, por meio da adoção de indicadores e metas que possibilitem a mensuração da eficácia das políticas públicas;” (BRASIL, 2019)

Como observamos, a qualidade cinge-se ao debate do gasto público, sendo necessário compreender esse termo, pois o gasto público e qualidade devem andar juntos. Ao tratar sobre a qualidade do gasto público, Marcos Braga, Doutor em Políticas Públicas, define que:

Qualidade é um conceito complexo, que em linhas gerais envolve algo de bom, algum produto ou serviço que atenda plenamente as necessidades do cliente–destinatário. Nesse sentido, um gasto público de qualidade seria aquele que permitiria, com o menor desembolso, atender ao cidadão da melhor maneira possível. (BRAGA, 2012)

## 2.2 Indicadores Sociais da Saúde Primária

Ao tratarmos de qualidade de qualquer serviço é necessário ter parâmetros para saber se o serviço prestado tem efetivamente qualidade, caso contrário o julgamento ficará no campo da subjetividade. Ao tratarmos da qualidade do gasto público em saúde também teremos que nos amparar em critérios técnicos para definirmos se esse gasto público teve ou não qualidade.

Como vimos, o gasto público objetiva o desempenho de uma atividade do Estado que no caso da saúde primária é promover e proteger a saúde das pessoas. Uma pergunta a ser feita é como saber se há qualidade na alocação dos recursos para o desenvolvimento das ações de promoção e proteção à saúde primária.

Por esse motivo é importante convocar ao processo decisório quais indicadores vão definir a qualidade da saúde primária para orientar a indicação dos recursos nos locais e setores mais necessitados. O economista Júlio F. Gregory Brunet defende em sua obra, o Gasto Público no Brasil, que o indicador a ser observado é o social, vejamos:

O indicador social é um instrumento utilizado para mensurar e acompanhar a realidade social, por meio do monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e da sociedade civil, com a finalidade de planejar e reformular políticas públicas nas diferentes esferas de governo (JÚLIO FRANCISCO GREGORY BRUNET, 2012)



De fato, a saúde primária pode ser aferida por meio de indicadores sociais escolhidos discricionariamente com base parâmetros científicos que permitam classificar a qualidade dessa atividade estatal.

Como não é escopo do presente trabalho analisar as políticas públicas de saúde e ou sua operacionalização e sim apenas o seu financiamento por meio de emendas parlamentares, nesse título vou identificar os indicadores de saúde adotados no Brasil para os anos de 2020 e 2021.

Atualmente os indicadores sociais da atenção à saúde primária são definidos dentro do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que além de definir os dados sociais aferidos regulamentou o financiamento do custeio da saúde primária.

O Ministério da Saúde elegeu dados sociais que julga possíveis de serem aferidos e prioritários às necessidades em saúde, observando os requisitos previstos no art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3o do art. 198 da Constituição Federal. (BRASIL, 2012)

Podemos destacar dois eixos de indicadores sociais que o Ministério da Saúde adota para mensurar o atendimento de saúde primária: a capitação ponderada e o desempenho em ações de saúde.

A capitação ponderada tem como indicadores sociais selecionados a população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e nas equipes de Atenção Primária (eAP), a vulnerabilidade econômica e o perfil demográfico etário da população cadastrada e a classificação geográfica do município.

Esse eixo atribui melhor pontuação ao município quanto maior for a população atendida e possui forma de remuneração diferenciada para pessoas cadastradas de baixa renda, pessoas cadastradas com idade até 5 anos e acima de 65 anos.

Por sua vez, o pagamento por desempenho foca nos indicadores sociais de saúde da gestante, prevenção do câncer de útero, cobertura vacinal, prevenção da hipertensão e diabetes. O Ministério da Saúde previu por meio da Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, alterada pela Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, o aumento de indicadores



sociais para o ano de 2022 visando manter o aperfeiçoamento do programa da atenção primária à saúde.

Em síntese, esses são os indicadores sociais que o Programa Previne Brasil adotou para monitorar e incentivar por meio de repasse de recursos, assim, a política adotada para o financiamento é: quanto melhor os resultados, melhor o repasse. É o incentivo pelo resultado.

O Ministério da Saúde coleciona os dados dos indicadores sociais afetos ao financiamento da atenção primária à saúde e os disponibiliza de forma pública por meio da internet na página “Painéis APS”<sup>6</sup>.

Por meio dessa página e de seus relatórios é possível ter acesso aos índices que cada município alcançou em cada indicador de saúde do Programa Previne Brasil.

A base de dados dos indicadores sociais a ser utilizada será essa que é adotada pelo governo federal e será utilizada para confrontar se a alocação das emendas parlamentares tem como destinatários os municípios que mais precisam de reforço financeiro para melhorar seus indicadores de saúde.

### **2.3 Critério político na destinação de emendas**

Esse título destina-se a definir a dimensão que, para esse trabalho, deverá ser dado ao termo “critério político” quando esse for utilizado.

Como não há definição na literatura do que seja critério político na destinação de emendas, para facilitar o desenvolvimento do tema e a compreensão vou descrever o que entendo por critério político tendo como embasamento o conhecimento adquirido em quatro anos de atividade de assessor parlamentar de orçamento, pelo processo de acompanhamento da atividade parlamentar e trocas de experiências com outros assessores de orçamento.

Inicialmente, critério político é uma atuação discricionária, é um juízo de conveniência e oportunidade exercido nos limites legais dado aos parlamentares quanto à indicação de emendas.

Na construção do juízo de indicação de emendas, os parlamentares levam em consideração em maior ou menor grau principalmente os seguintes fatores: as necessidades da sociedade, a área orçamentária que ele julga mais prioritária, o entendimento que ele possui sobre o tema, o impacto da opinião popular sobre a indicação do recurso, a pessoa ou entidade que realiza a demanda pelo recurso, o tempo que esse recurso será executado, o ganho eleitoral

---

<sup>6</sup> Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/reIPagamentoIndex.xhtml>.



que a indicação do recurso trará ao parlamentar ou ao seu filiado político e o conhecimento único que o parlamentar possui dos municípios do seu estado e da população do seu estado.

A definição desse termo vai auxiliar a contextualização de quando ele for citado, não sendo necessário discorrer novamente sobre o que seria o critério político quando se lançar mão desse conceito.

No meu entender o critério político não deve ser julgado ruim em si. Ele é uma ferramenta que pode ser bem utilizada ou mal utilizada.

Quando bem utilizado, o critério político pode trazer bons resultados, pois o parlamentar juntamente com o gestor beneficiário, conhecedores da realidade local debatem a melhor forma de destinar o recurso público e esse recurso possui todo um acompanhamento até a efetiva entrega ao cidadão.

## 2.4 Saúde primária

A saúde é um conceito abrangente e inerente ao ser humano, conforme definição da Organização Mundial da Saúde, é “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010), assim a saúde é abrangente e inerente ao ser humano. A importância da saúde é consenso na humanidade contemporânea, consta no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, a necessidade de assegurar esse direito comum a todos.

### Artigo 25

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e (...). (ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS)

A garantia da saúde no Brasil recebeu tratamento prioritário no nosso ordenamento jurídico, está prevista constitucionalmente como direito social do cidadão:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)



Apesar de a saúde do ser humano, por conceito, ser um atributo único, a abordagem para prestar serviços que assegurem a preservação e/ou recomposição da saúde pode e deve ser concebida em divisões.

No estado brasileiro o Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022, dividiu estruturalmente a saúde nas seguintes áreas: atenção primária à saúde, atenção especializada à saúde, ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde, vigilância em saúde, saúde indígena, saúde do trabalho e da educação.

A saúde primária, área tema dessa monografia, é primeira preocupação do nosso país quanto às condições de saúde das pessoas, por ser a divisão da saúde que trabalha principalmente com a medicina preventiva e pelo fato da sua abrangência alcançar todos os municípios do Brasil e ser a porta de entrada e cadastro dos cidadãos junto ao sistema de saúde.

Para executar a política pública da saúde primária, o Ministério da Saúde possui em sua estrutura organizacional a Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS que é responsável por desenvolver mais de 22 ações e estratégias para a atenção primária da saúde pública. A SAPS assim conceitua a saúde primária:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

Necessariamente para dar suporte a todas essas ações, programas e estratégias serão demandados grandes somas de recursos públicos, pois a saúde primária atende a todos e em todos os lugares. A maior parte dos recursos para o custeio da saúde primária será suportada com recursos do Ministério da Saúde, mas também teremos a contribuição das emendas parlamentares para auxiliar no custeio.



Nesse ponto é importante informar, haja vista a coexistência dos termos saúde primária e saúde básica, que a mudança de denominação de saúde básica para saúde primária foi trazida pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que altera a estrutura regimental do Ministério da Saúde, cria a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e passa a utilizar o termo “Atenção Primária à Saúde” em vez de “Atenção Básica em Saúde”, o que altera a denominação dessa data para frente.

Porém, no que pese a alteração da denominação de Atenção Básica em Saúde para Atenção Primária à Saúde, conceitualmente os dois termos se equivalem, inclusive com respaldo do Parágrafo único do Art. 1º do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017:

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)  
Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

## 2.5 Custeio da Saúde Primária

Como os recursos de emendas parlamentares são complementares aos recursos do Ministério da Saúde, teremos que entender qual a estratégia do Ministério da Saúde para o financiamento do custeio da saúde primária para poder indicar a melhor forma de alocar as emendas parlamentares com qualidade.

O financiamento da saúde possui regramentos constitucionais e infraconstitucionais que visam garantir recursos para essa importante política pública.

A Constituição Federal estabelece a principal fonte de recursos, que é o orçamento da seguridade social das três esferas do Estado e garante percentuais mínimos de aplicação. Ao tratarmos de recursos da União para a saúde, o regramento do percentual mínimo de recursos destinados à saúde é feito com base a percentuais da receita corrente líquida da União. Abaixo cita-se o art. 198 da CF:



Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – (...)

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre.

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento),

II – (...)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – (...);

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (BRASIL, 1988)

Tendo em vista a instituição do novo regime fiscal, conhecido como Teto de Gastos, pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, a aplicação do mínimo constitucional em saúde atualmente segue a combinação das regras do art. 110 e 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (BRASIL, 1988)

Do artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitória temos:

Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I – (...)

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o caput deste artigo equivalerá:

I – (...)

II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o



período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. (BRASIL, 1988)

Assim sendo, atualmente o mínimo de aplicação por parte da União em ações e serviços públicos de saúde equivale à 15% da receita corrente líquida do ano de 2017 corrigido ano a ano pelas regras do teto de gastos.

Prosseguindo o estudo do financiamento da saúde pública, é importante destacar o Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado no art. 198 da Constituição e que teve sua regulamentação com a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, define o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas.

Na lei que regula o SUS estão os critérios para transferências de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (BRASIL, 1990)

Logo após a publicação da Lei 8.080 de 1990 foi publicada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que além de dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS também previu a transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:  
I – (...)

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. (...).

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.



§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.  
§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. (BRASIL, 1990)

Assim, após a edição da Lei nº 8.142/90 os municípios passaram a receber 70% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à cobertura das ações e serviços de saúde e o critério adotado era o populacional, até que surgisse posterior regulamentação.

Para regulamentar dispositivos da Lei nº 8.080/90 e da Lei nº 8.142/90, foi editado o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, o qual reitera que distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, mas isso até haver bases epidemiológicas definidas e demais organizações dos serviços previstos no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde. A definição desses critérios fica a cargo do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A epidemiologia, citada no Decreto nº 1.232/94, é definida pela Organização Pan-Americana da Saúde, ligada à OMS, como “o estudo da frequência e distribuição dos eventos de saúde e dos seus determinantes nas populações humanas, e a aplicação deste estudo na prevenção e controle dos problemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010)”.

A Comissão Intergestores Tripartite é uma entidade intergovernamental criada pela Portaria GM/MS nº 1.180, de 22 de julho de 1991, composta por técnicos, políticos e gestores e se constituem em espaço de debates e principalmente negociação de planejamento e implantação de políticas públicas na área de saúde. O Ministério da Saúde assim a define:

É constituída, em nível federal, paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Após a delegação de regulamentação do financiamento da saúde ao Ministério da Saúde em conjunto com a Comissão Intergestores Tripartite há uma nova dinâmica para a evolução da sistemática de repasse dos recursos.



A primeira grande alteração foi promovida pela Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 que institui a Norma Operacional Básica do SUS, NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. No assunto pertinente a este trabalho, destaca-se a criação dos Piso de Atenção Básica (PAB) e Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável) que vão nortear o financiamento do custeio da saúde primária desse ano até o ano de 2019.

O PAB consistia em “um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (...). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)”

A Lei Orgânica da Saúde de 1990 e a criação do piso de atenção básica e do piso de atenção básica variável vieram quebrar a lógica de financiamento que vigia até a época, que era a contratualização da saúde pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) junto à rede pública de saúde com o pagamento por procedimentos.

Após a criação, o PAB passa por inúmeras alterações visando o seu aperfeiçoamento e busca retribuir financeiramente, além da produtividade, a qualidade dos serviços de saúde.

A evolução e sistematização das normas editadas pelo Ministério da Saúde foram organizadas em seis Portarias de Consolidação, sendo importante ao tema de financiamento da saúde primária destacar a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

A Portaria de Consolidação nº 2 trata sobre as políticas nacionais de saúde, dentre as políticas está a Política Nacional de Atenção Básica. Por sua vez a Portaria de Consolidação nº 6 pois trata do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, inclusive o custeio da saúde primária.

A Portaria de Consolidação nº 6, no seu Título II, tratava do Custeio da Atenção Primária à Saúde dividindo-o em dois componentes, o componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e o componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Com a criação do Programa Previne Brasil foi desenvolvida uma nova política de financiamento da saúde primária e com isso diversos dispositivos da Portaria de Consolidação nº 6 foram revogados, extinguindo-se o PAB Fixo e PAB Variável.



### 2.5.1. Programa Previne Brasil

Como vimos, o conceito do Piso de Atenção Básica perdurou de 1996 até o ano de 2019, quando foi instituído o Programa Previne Brasil e trouxe novo modelo para o financiamento do custeio da atenção primária à saúde no Brasil a contar de 1º de janeiro de 2020.

O Ministério da Saúde com a implantação do Programa Previne Brasil busca aperfeiçoar a forma de financiar a saúde primária, privilegiando mais os resultados invés do critério populacional.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, na explanação referente à mudança da política de financiamento do modelo PAB para o novo Programa Previne Brasil, destaca os seguintes pontos:

Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da Atenção Primária era composto pelos PABs Fixo e Variável. O PAB Fixo é obtido multiplicando a população residente do município pelo valor per capita que varia entre R\$ 23 e R\$ 28. Para esse cálculo, é usada a estimativa populacional de 2016 do IBGE e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores: PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. O PAB Variável depende de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB é baseado na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias. O novo modelo de financiamento de custeio da APS é um modelo misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019)

Quanto ao financiamento previsto no Programa Previne Brasil, a Portaria nº 2.979/19 prevê recursos para o custeio da atenção primária à saúde por meio de três eixos constantes nos incisos do art. 9º da referida norma:

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

I - capitação ponderada;

II - pagamento por desempenho; e

III - incentivo para ações estratégicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O artigo 10 da Portaria detalha quais fatores serão considerados para o cálculo da capitação ponderada para posterior conversão em recursos:



Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Dessa forma temos os critérios populacionais, socioeconômicos, o perfil demográfico e a classificação geográfica do ente federado compondo a estratégia de capitação ponderada.

Para os itens I a III do art. 10 temos que observar que apenas é levado em consideração a população cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica atendidas pela equipe de Saúde da Família e ou pela equipe de Atenção Primária, assim não é considerada toda a população do município.

Cada equipe de saúde possui capacidade de atendimento de pessoas diferenciada conforme a classificação geográfica do município (IBGE), *ex vi* o Anexo XCIX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, abaixo citado:

Tabela nº 1 - Capacidade de atendimento das equipes de saúde

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I -20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas

Fonte: Anexo XCIX da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Quanto ao critério geográfico a norma vai remunerar conforme escala da tipologia rural/urbano, atribuindo maior peso aos municípios mais afastados dos centros urbanos.



O segundo eixo de financiamento, o Pagamento por Desempenho, foi definido, após pactuação na CIT, por ato do Ministro de Estado da Saúde que estabeleceu os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho.

Para tanto, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de janeiro de 2019, alterada pela Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que dispôs sobre o pagamento por desempenho e estabeleceu no § 1º do art. 6º sete indicadores de desempenho para os anos de 2020 e 2021, são eles:

- I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV - cobertura de exame citopatológico;
- V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e
- VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Destaca-se que o cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho é efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas junto ao Ministério da Saúde, então, por mais que o município tenha um bom sistema de saúde, se os dados não forem lançados corretamente nos sistemas do Ministério da Saúde pelas equipes cadastradas, a nota de desempenho será baixa.

É importante ressaltar essa informação, pois a nota baixa de desempenho pode estar relacionada à capacitação e aos equipamentos de informática e não aos resultados obtidos, o que muda a finalidade da destinação de recursos.

O terceiro eixo de financiamento da atenção primária à saúde é o “Incentivo para Ações Estratégicas” elencados no art. 12-H da Portaria nº 2.979/19, que são as ações, os programas e as estratégias a seguir:

- I - Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX - Microscopista;
- X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);



- XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII - Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII - Programa Academia da Saúde;
- XIV - Programas de apoio à informatização da APS;
- XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Esse terceiro eixo de financiamento não é taxativo, como podemos observar o item XVII permite a instituição de novas ações, programas e estratégias, e não possui um regramento único, pois cada ação, programa ou estratégia seguirá regramento específico.

O terceiro eixo não comporá o estudo deste trabalho por se tratar de ações, programas e estratégias que não impactam diretamente nos indicadores da capitação ponderada e de desempenho, além de muitos itens não serem comuns a todos os municípios, o que prejudicaria a comparação de repasses e oportunidade de alocação de recursos.

O financiamento do Programa Previne Brasil correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde.

## **2.6 Transição do regime de financiamento piso PAB para o Previne Brasil.**

A Portaria GM/MS nº 2.979/19 criou regras de transição do regime de financiamento da saúde primária vigente até o ano de 2019 para o Programa Previne Brasil que passou a vigorar a partir de janeiro de 2020.

Para fazer essa transição o Ministério da Saúde classificou os municípios em dois grandes grupos, previstos nos incisos I e II, do art. 3º da referida Portaria:

- I - municípios que apresentarem manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria; e
- II - municípios que apresentarem decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS desta Portaria. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Para os municípios que representam manutenção ou acréscimo de valores, foram considerados nos quatro primeiros meses o equivalente a 100% (cem por cento) do incentivo



financeiro da capitação ponderada que os municípios ou Distrito Federal fariam jus caso atendessem a todos os requisitos

O pagamento por desempenho nos primeiro oito meses foi referente a índices obtidos no programa anterior.

Também foi pago mais um recurso denominado “incentivo financeiro per capita de transição” que foi o equivalente a R\$ 5,95 ao ano por habitante.

Para os municípios que apresentariam decréscimo nos repasses com as regras do Programa Previnde Brasil, o Ministério da Saúde garantiu para todos os meses de 2020 o valor da maior transferência mensal recebida no ano de 2019.

Com essas regras, o Ministério da Saúde buscou garantir que no ano de 2020 todos os municípios tivessem acréscimos nos valores transferidos ao passo que fossem se adaptando às novas regras de financiamento do custeio da saúde primária.

A divisão desses grupos foi por meio de portarias do Ministério da Saúde. Os municípios com acréscimo ou manutenção de valores conforme as regras do Previnde Brasil foram elencados na Portaria GM/MS nº 172/2020 e os municípios que poderiam ter decréscimo de valor conforme as regras do novo programa foram relacionados na Portaria GM/MS nº 173/2020.

Os municípios relacionados na Portaria GM/MS nº 172/2020 no ano de 2020 vão receber mensalmente o valor da capitação ponderada, o pagamento por desempenho e mais o incentivo financeiro per capita de transição.

Por sua vez, os municípios com estimativa de decréscimo de valores previstos na Portaria GM/MS nº 173/2020 e vão receber mensalmente o chamado “incentivo financeiro de transição” que corresponde ao maior valor mensal recebido no ano de 2019.

Essa arquitetura de transição vai resultar que vários municípios não tenham indicadores de capitação ponderada nem de desempenho no ano de 2020, pois nesse ano receberam o incentivo financeiro de transição, fato que vai ser constatado quando analisarmos as tabelas de repasse de recursos da União aos municípios.

## **2.7 Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária**

Agora que entendemos como é composto o piso dos valores do custeio da saúde primária repassado pela União aos municípios, vamos tratar do teto de recurso que os parlamentares podem indicar por meio das emendas parlamentares.

O valor do teto para o financiamento do custeio da saúde primária é definido anualmente por meio de Portaria do Ministério da Saúde e como não é um recurso de repasse permanente,



recebe a denominação de Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas, ação orçamentária que tem o código 2E89.

Para os anos de 2020 e 2021 a Portaria GM/MS nº 488, de 23 de março de 2020 e Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021, respectivamente, disciplinaram o tema, prevendo basicamente que observará o valor máximo, por Município, de até 100% (cem por cento) da soma do valor total repassado pela União ao Município e ao Distrito Federal no ano anterior.

Dessa forma, o teto do incremento temporário do Piso da Atenção Primária à Saúde vem sendo estabelecido pelo valor total de repasses regulares da União ao respectivo município no ano anterior.

O código da ação orçamentária para o financiamento da Atenção Primária à Saúde por meio de emendas parlamentares nos anos de 2020 e 2021 é o 2E89, a única diferença é que no ano de 2020 a ação é denominada “Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas” e no ano de 2021 é denominada “Incremento Temporário ao custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas”.

Quanto ao termo “Cumprimento de Metas”, não há metas a serem cumpridas ou alcançadas.

Importante destacar que o instituto do Teto do incremento temporário do Piso da Atenção Primária à Saúde é a única ferramenta de gestão da qualidade de alocação das emendas parlamentares. Ele não permite que municípios tenham um excesso de recursos alocados, uma vez atingido o teto, o excesso de recursos da emenda ou das emendas parlamentares destinados ao município caem em impedimento de execução orçamentária e são restituídos aos respectivos parlamentares.

## **2.8 Comparativo entre recursos de emendas parlamentares e repasses do Ministério da Saúde ao Custeio da Saúde Primária**

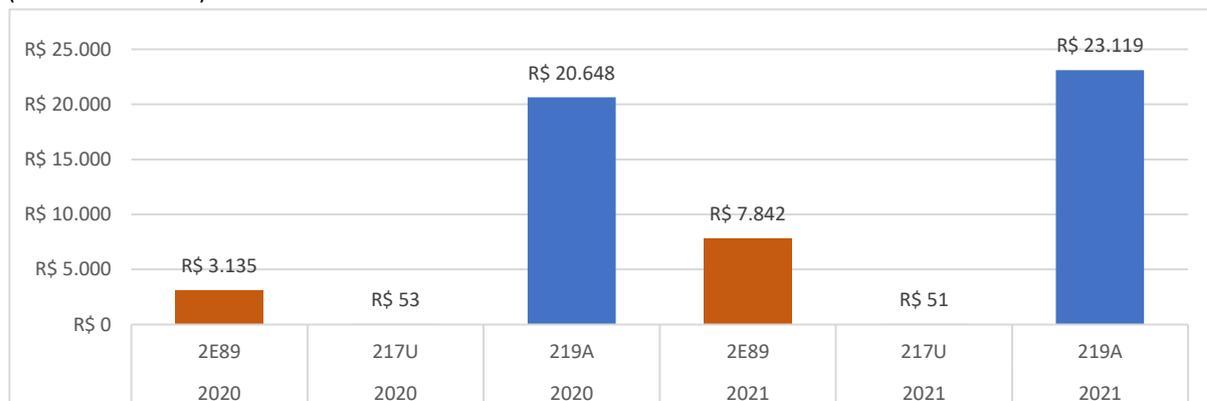
Como visto no tópico anterior, a principal ação orçamentária para indicação de emendas parlamentares para o custeio da atenção primária é a ação 2E89, a qual recebe recursos das emendas individuais, emendas de bancada e emendas de relator. Quanto aos repasses de valores realizados pelo Ministério da Saúde, esses são por meio das ações 219A, Piso de Atenção Básica em Saúde, e 217U, Apoio a Manutenção dos Polos de Academia da Saúde.

No gráfico abaixo temos um comparativo entre as ações orçamentárias, esse paralelo é importante para termos ideia do impacto percentual das emendas parlamentares no orçamento



do custeio da atenção primária à saúde e podemos inferir a relevância que indicações com qualidade podem representar para o sistema de saúde primária.

Gráfico 1 - Dotação Final por Ação no Orçamento Geral da União dos anos de 2020 e 2021 em milhões de R\$. (valores nominais)



Fonte: SIOP, consulta pública. Gráfico elaboração própria do autor.

Como podemos observar, as emendas parlamentares representam montante significativo de recurso destinados ao custeio da saúde primária. No ano de 2020 as emendas parlamentares somaram 13,15% do total de valores repassados e em 2021 esse percentual se elevou para 25,29% do total de valores repassados para o custeio da saúde primária.

O aumento do percentual das emendas parlamentares no montante de recursos destinados no ano de 2021 à saúde se deve às emendas de relator, tema que será abordado no subtítulo referente às emendas parlamentares.

Outro fator a influenciar o aumento de recursos do ano de 2020 para o ano de 2021 é que em 2020 foram destinados R\$ 2.315.110.473,00<sup>7</sup> de emendas parlamentares para a ação 21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus, ao passo que no ano de 2021 foi destinado um montante bem menor de recursos, R\$ 690.852.169,00<sup>8</sup> na ação orçamentária 2F01 - Reforço de Recursos para Emergência Internacional em Saúde Pública – Coronavírus.

<sup>7</sup> SIOP – Consulta Pública. Filtros: Ano 2020, Função 10, Ação 21C0, RP 6, 7 e 9. Disponível em: [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true). Acessado em: 26 set. 2022.

<sup>8</sup> Consulta Pública. Filtros: Ano 2021, Função 10, Ação 2F01, RP 6, 7 e 9. Disponível em: [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true). Acessado em: 26 set. 2022.



## 2.9 Ações que podem ser financiadas por emendas parlamentares de custeio à saúde primária

Todas as emendas parlamentares terão a sua aplicação conforme regramentos aprovados na Lei de Diretrizes Orçamentária e na Lei Orçamentária Anual, por se tratar de leis editadas para exercícios financeiros, a cada ano os órgãos do executivo terão que editar normas regulamentando a execução das emendas parlamentares.

Dessa forma, o Ministério da Saúde para o ano de 2020 editou a Portaria nº 488, de 23 de março de 2020 que “Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2020”

Atinente ao nosso tema, destacamos da Portaria nº 488/20 a vedação de uso dos recursos de emendas individuais para despesas com pessoal e encargos sociais relativos a ativos e inativos, com pensionistas e com encargos referentes ao serviço da dívida.

Para ilustrar como os recursos da ação 2E89 podem ser aplicados, transcreve-se abaixo orientação exemplificativa da Associação Piauiense de Municípios quanto à utilização dos recursos do Incremento Temporário ao custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas:

Os recursos destinados para incremento temporário do (PAB) devem ser utilizados para pagamento de despesas de CUSTEIO das Unidades Básicas de Saúde. Dentre as inúmeras possibilidades podemos citar:

- Material de consumo, tais como: produtos médicos de uso único (agulha, seringa, gaze, luva, atadura etc.), material de expediente, material de limpeza.
- Combustível para veículos utilizados na atenção básica;
- Material gráfico;
- Serviço de manutenção e conservação de equipamentos;
- Placas de identificação, totens, pinturas da UBS;
- Manutenção de qualquer natureza, desde que seja realizada no âmbito das Unidades Básicas de Saúde;
- Pagamento de água, luz, telefone e internet das Unidades Básicas de Saúde;
- Pagamento de Serviços de Terceiro Pessoa Física e/ou jurídica para realização de cursos e treinamentos, a exemplo de: instrutores, material didático a ser utilizado nos cursos, locação de espaço físico, locação de equipamentos para os eventos educativos, produção e reprodução de material gráfico (folhetos educativos, faixas, banners, cartazes, folders etc.), divulgação de eventos e campanhas educativas da atenção básica;



- Pagamento de pessoa jurídica para locação de veículos a serem utilizados estritamente nas atividades da atenção básica, a saber: visita domiciliar, supervisão técnica, atividades de vacinação nas zonas urbana e rural;
- Aquisição de fardamento para trabalhadores da atenção básica. (ASSOCIAÇÃO DOS PIAUIENSES DE MUNICÍPIOS, 2019)

Para o ano de 2021 o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021 que inova ao descrever que o cálculo dos repasses de recursos irá seguir a métrica prevista na Portaria GM/MS nº 2.979/19 e propõe o direcionamento das emendas parlamentares ao desenvolvimento do Programa Previne Brasil, nos termos do §2º do Art. 7º da Portaria 1.263/21:

§ 2º Os recursos de que trata este artigo serão aplicados na manutenção de unidades de atenção básica à saúde, para desenvolvimento de ações e serviços relacionados à atenção primária, e, especialmente, nas ações que contribuam para o alcance de desempenho dos indicadores do Previne Brasil, a exemplo de iniciativas como a contratação de serviços para informatização, e que custeiem a estrutura necessária para o alcance dos indicadores de desempenho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Como podemos ver há uma efetiva preocupação do Ministério da Saúde em melhorar a eficiência do Programa Previne Brasil, aperfeiçoando a aplicação das emendas parlamentares para que essas contribuam com o alcance dos resultados planejados. A preocupação com a qualidade do gasto público das emendas parlamentares pode ser evidenciada nessa portaria de aplicação de emendas parlamentares ao SUS, porém a portaria não explicita como fazer isso.

Ao encerrar o tema de ações que podem ser financiadas com emendas parlamentares, há de se notar que as referidas portarias não vedam o uso de emendas parlamentares de bancada para o custeio da folha de pagamento de pessoal da saúde.

## **2.10 Emendas parlamentares**

As emendas parlamentares são a forma que o legislativo participa da elaboração do orçamento da União. O termo emenda significa uma alteração que é apresentada a um projeto de lei. De fato, o orçamento da União é decorrente de um projeto de lei de iniciativa exclusiva do poder executivo que tramita perante o Congresso Nacional, atuando o poder legislativo nas alterações e aprovação do orçamento da União, o qual é posteriormente sancionado, com vetos ou não, pelo presidente da República.

As emendas apresentadas pelos parlamentares ou colegiado de parlamentares, como bancadas estaduais ou comissões temáticas, podem ser no texto ou nos valores constantes do



projeto de lei do Executivo. As emendas parlamentares podem ser classificadas também conforme seus autores, o site do Senado Federal traz a seguinte distinção:

Existem quatro tipos de emendas feitas ao orçamento: individual, de bancada, de comissão e da relatoria. As emendas individuais são de autoria de cada senador ou deputado. As de bancada são emendas coletivas, de autoria das bancadas estaduais ou regionais. Emendas apresentadas pelas comissões técnicas da Câmara e do Senado são também coletivas, bem como as propostas pelas Mesas Diretoras das duas Casas. (SENADO FEDERAL)

No bojo da lei orçamentária anual as emendas parlamentares podem ser identificadas pelo seu código de resultado primário, permitindo distingui-las e apurá-las separadamente. O Manual Técnico do Orçamento 2022 (MTO 2022) traz as seguintes definições e classificação dos identificadores do resultado primário:

O identificador de resultado primário, de caráter indicativo, tem como finalidade auxiliar a apuração do resultado primário previsto na LDO, devendo constar no PLOA e na respectiva Lei em todos os GNDs, identificando, de acordo com a metodologia de cálculo das necessidades de financiamento do governo central [...] (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2022)

Como decorre do texto, essa divisão em grupos de resultado primário permite identificar a origem da indicação dentro da Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses grupos são identificados pela sigla RP (resultado primário) e um numeral, conforme quadro abaixo retirada do MTO 2022:

Quadro 1 – grupos de resultado primário

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DA DESPESA
0	Financeira
1	Primária e considerada na apuração do resultado primário para cumprimento da meta, sendo obrigatória, cujo rol deve constar da Seção I do Anexo III
2	Primária e considerada na apuração do resultado primário para cumprimento da meta, sendo discricionária e não abrangida por emendas individuais e de bancada estadual, ambas de execução obrigatória
4	Primária discricionária constante do Orçamento de Investimento e não considerada na apuração do resultado primário para cumprimento da meta
6	Primária, decorrente de programações incluídas ou acrescidas por emendas individuais, de execução obrigatória nos termos do disposto nos §9º e §11 do art. 166 da Constituição
7	Primária, decorrente de programações incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual, de execução obrigatória nos termos do disposto no § 12 do art. 166 da Constituição e no art. 2º da Emenda à Constituição nº 100, de 26 de junho de 2019
8	Primária, decorrente de programações incluídas ou acrescidas por emendas de comissão permanente do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e de comissão mista permanente do Congresso Nacional
9	Primária, decorrente de programações incluídas ou acrescidas por emendas de relator-geral do PLOA que promovam alterações em programações constantes do projeto de lei orçamentária ou inclusão de novas, excluídas as de ordem técnica

Fonte: Manual Técnico do Orçamento 2022



Para entendermos como as emendas parlamentares podem contribuir para o custeio da saúde primária, vamos tratar das emendas que possuem os seguintes resultados primários: RP6 (emendas individuais), RP7 (emendas de bancada), RP8 (emendas de comissão) e RP9 (emendas de relator).

Como vimos no título “Ações que podem ser financiadas por emendas parlamentares de custeio à saúde primária” as emendas parlamentares com resultado primário RP6, RP7, RP8 e RP9 para o custeio da saúde primária devem ser alocadas na ação orçamentária 2E89, Incremento Temporário ao custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas.

As emendas individuais e as emendas de bancada possuem previsão constitucional e consta regramento detalhado, como execução, obrigatoriedade e montante.

A Constituição no § 9º e § 11 do Art. 166 já define o montante máximo dos valores das emendas individuais e de bancada respectivamente, não permitindo majoração por parte do poder executivo ou do poder legislativo:

Art. 166. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

§ 1º [...]

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que **a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.**

§ 10. [...].

§ 11. É obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações a que se refere o § 9º deste artigo, **em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior**, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos na lei complementar prevista no § 9º do art. 165..

§ 12. A garantia de execução de que trata o § 11 deste artigo aplica-se também às programações incluídas por todas as emendas de iniciativa de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal, **no montante de até 1% (um por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior.** (BRASIL, 1988) (Sem grifos no original)

Os valores previstos nos parágrafos 11 e 12 do art. 166 da Constituição estão submetidos às regras do novo regime fiscal estabelecido pela Emenda Constitucional nº 95/2016 que incluiu o art. 111 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). O novo regime fiscal tem previsão de duração até o ano de 2036 e durante esse período as emendas parlamentares



terão seus valores correspondentes ao montante da execução obrigatória de 2017 corrigidos pelo IPCA, conforme prevê o inciso II do §1º do art. 107 do ADCT, com redação da Emenda Constitucional nº 113/2021.

No que pese não prever limite mínimo, usualmente por respeito ao poder legislativo, o poder executivo sempre enviou o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) ao legislativo com o valor máximo das emendas parlamentares.

Outro ponto importante de se extrair do § 9º é a obrigatoriedade de destinação da metade do percentual das emendas individuais para ações e serviços públicos de saúde.

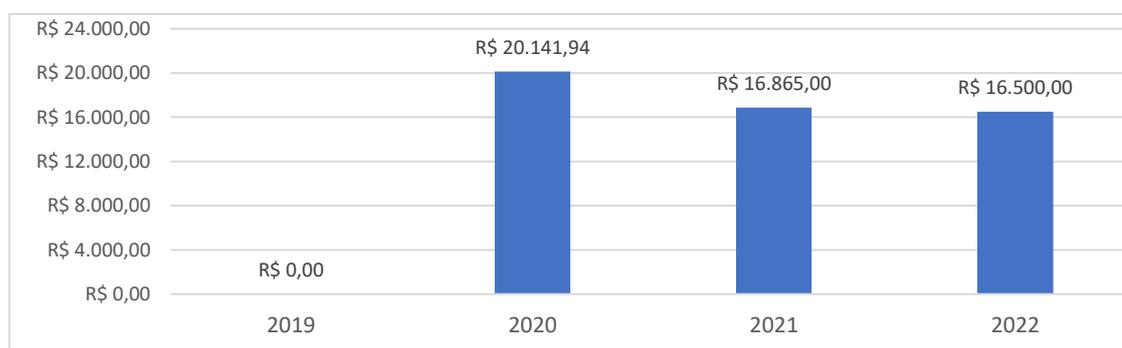
Seguindo no texto constitucional, além da garantia de valores para as emendas individuais e de bancada, o texto constitucional também garante a execução dessas emendas, ou seja, o Executivo é obrigado a dar prosseguimento ao processo orçamentário até o pagamento das emendas, conforme o § 11 do artigo 166 da Constituição Federal acima citado.

As emendas de comissão têm como objetivo projetos de interesse nacional (BRASIL, 2006) o que permite aos parlamentares indicarem recursos para o custeio da saúde primária dentro de uma concepção geográfica maior que municípios e/ou estado. Nos orçamentos dos anos de 2020 e 2021, apesar das emendas de comissão não possuírem limitação de indicação de valores, nesses dois exercícios financeiros a Comissão de Saúde não possui valores com execução orçamentária na ação 2E89, motivo que o indicador RP8 deixa de fazer parte do estudo.

Quanto às emendas de relatoria, estas estão a cargo do relator-geral do orçamento e estão passando por constantes alterações e entendimentos desde o exercício financeiro de 2020, quando elas passaram a ter representação no orçamento. Antes de 2020, as emendas de relator-geral tinham apenas finalidade técnica de realizar ajustes nas demais emendas do orçamento, eram valores relativamente pequenos e constavam no respectivo identificador de resultado primário ajustado, não havendo valores alocados em RP9.

O gráfico abaixo considera os valores aprovados nas Leis Orçamentárias dos anos de 2019 a 2022 e ilustra o impacto no orçamento de recursos para a RP9.

Gráfico2 – Dotação Final de RP9 em milhões de Reais (valores nominais)



Fonte: SIOP, consulta pública. Gráfico elaboração própria do autor.

No relatório preliminar do PLOA de 2020, houve a previsão de o relator-geral poder fazer indicações de emendas ao orçamento com a finalidade de inclusão de programação ou o acréscimo de valores em programações constantes do projeto de Lei Orçamentária Anual.

“Em nosso relatório preliminar, propomos uma relação de autorizações para que o Relator- Geral apresente emendas. Com isso, pretendemos viabilizar o atendimento dos pleitos recebidos por esta Relatoria com vistas ao aprimoramento da proposta orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo. Nesse sentido, destaco a autorização para reforço de dotações de investimentos constantes do projeto ou inclusão de obras que garantam a efetiva entrega de bens e serviços à sociedade.” (CMO, 2019)

Atualmente a Resolução do Congresso Nacional nº 01/2006, alterada pela Resolução do Congresso Nacional nº 02/2021, prevê que o parecer preliminar poderá estabelecer o limite máximo para emendas do relator-geral do orçamento, que é o valor resultante das somas de emendas individuais e de bancada, conforme a norma:

Art. 53. O Parecer Preliminar poderá:

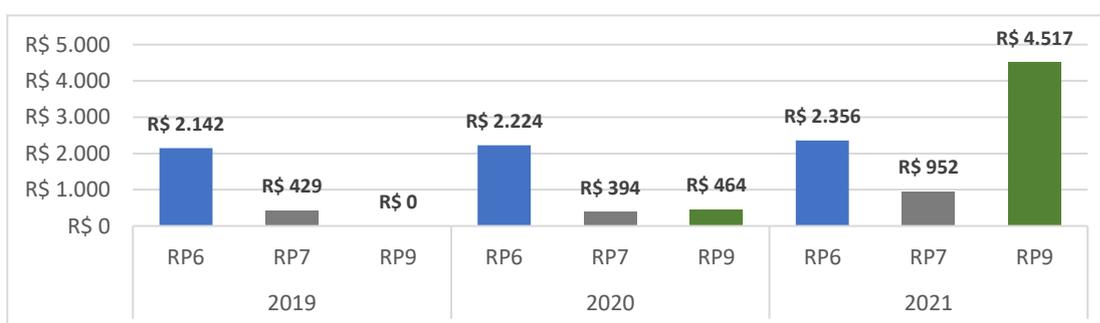
I – (...)

IV - autorizar o relator-geral a apresentar emendas que tenham por objetivo a inclusão de programação ou o acréscimo de valores em programações constantes do projeto, devendo nesse caso especificar seu limite financeiro total, assim como o rol de políticas públicas passível de ser objeto de emendas. (Inciso acrescido pela Resolução nº 2, de 2021-CN)

Parágrafo único. O limite financeiro de que trata o inciso IV não poderá ser superior ao valor total das emendas de que tratam os §§ 11 e 12 do art. 166 da Constituição Federal e não se aplica às emendas elaboradas nos termos dos incisos I e II do art. 144. (Parágrafo único acrescido pela Resolução nº 2, de 2021-CN) (BRASIL, 2006)

O gráfico a seguir demonstra o crescimento da emenda RP9 nesse período, mas cinge-se apenas aos recursos para o custeio da saúde primária, ação orçamentária 2E89, e compara os valores das emendas de relator com as emendas individuais e de bancada. Diferente dos outros gráficos onde foram apresentados os valores de dotação final, para esse comparativo foi utilizado valores empenhados, pois a dotação final traria muitos valores que não foram empenhados e prejudicaria o comparativo.

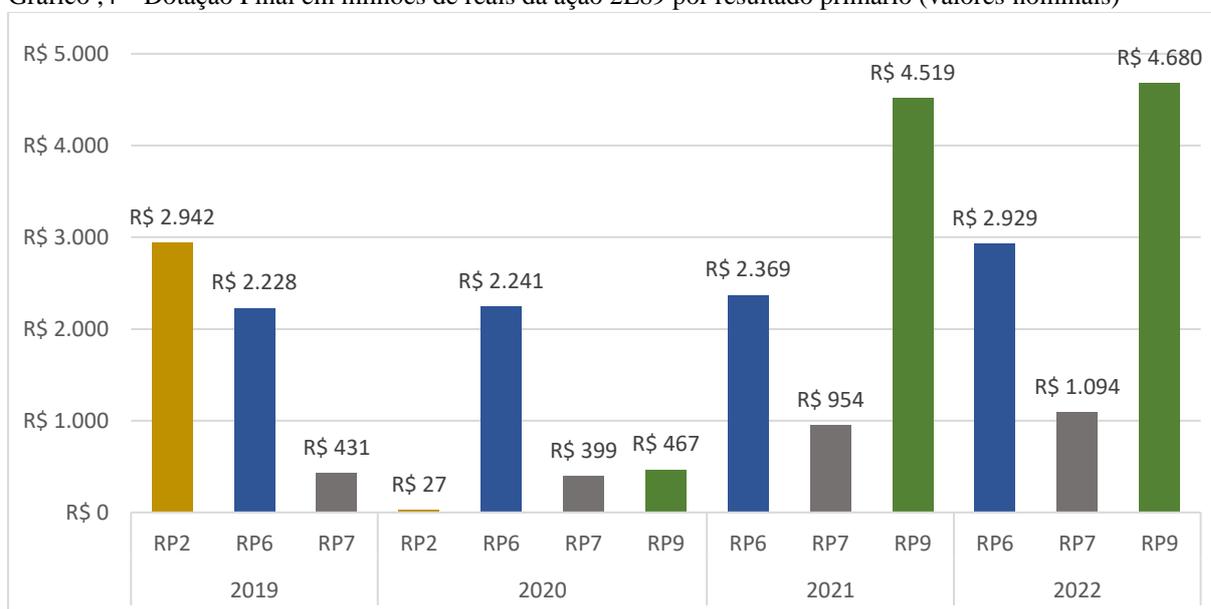
Gráfico 3 – Valores empenhados em milhões de reais – Custeio da saúde primária (valores nominais)



Após a positivação da possibilidade ao relator-geral do orçamento emendar o PLOA com a finalidade de inclusão de programação ou o acréscimo de valores em programações, a conclusão é que o RP9, mantido esse quadro legal, terá grande relevância para o custeio da saúde primária, merecendo especial acompanhamento e estudo do seu impacto.

Fechando o capítulo sobre emendas parlamentares para o custeio da saúde, o gráfico a seguir representa a distribuição de recursos das emendas parlamentares classificadas como RP2, RP6, RP7 e RP9 para a ação orçamentária 2E89. O identificador primário RP2 aparece devido ao fato de ser possível indicar, por meio das emendas de bancada, recursos classificados como RP2.

Gráfico ,4 – Dotação Final em milhões de reais da ação 2E89 por resultado primário (valores nominais)



Fonte: SIOP, consulta pública. Gráfico elaboração própria do autor.

Apesar do recorte temporal curto, o gráfico nos permite concluir pela importância das emendas individuais, as emendas de bancada ganhando maior volume de indicação de recursos e uma nova realidade trazida pelas emendas de relator, que possuem valores expressivos.

O gráfico também nos permite observar o aumento expressivo de RP9 do ano de 2020 para o ano de 2021, foram praticamente R\$ 4 bilhões a mais na ação 2E89 – Incremento Temporário ao Custeio de Serviços de Atenção Primária à Saúde.

Essa elevação de gastos da emenda de relator com o custeio da saúde primária gerou um impacto muito grande nos recursos repassados aos municípios, o que poderá ser observado de forma pontual no título que trata da análise dos dados municipais.

### 3 GASTOS COM SAÚDE PRIMÁRIA COMPARADOS COM INDICADORES DA SAÚDE



Ao fazermos uma avaliação de dados de indicadores de saúde de municípios brasileiros e dos gastos orçamentários da União destinados à saúde primária desses entes, vamos precisar adotar um critério que permita efetuar uma comparação entre as diferentes realidades dos municípios brasileiros.

Como vamos tratar de recursos e de dados sociais da saúde, o indicador que foi eleito para estruturar essa organização de dados e posterior comparação é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Esse índice é construído com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2017, organizados pela Organização Atlas Brasil, resultante da parceria entre o PNUD, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP).

A definição do IDHM é dada pelo PNUD, descrevendo-o dessa forma:

“O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.” (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO)

Outro fator que vai determinar a estrutura de apresentar os dados é o fato de as emendas parlamentares serem alocadas geograficamente por estados, pois, via de regra, os parlamentares indicam os recursos para os municípios do seu estado. Para que o trabalho se aproxime da realidade, vamos ordenar os dados sociais da saúde e os dados orçamentários dos municípios dentro de cada estado selecionado e não de forma nacional.

Para fins de comparação, vamos pegar três estados, o estado com melhor IDHM, o estado de IDHM posicionado no meio do ranking e o estado com o menor índice de IDHM para verificar o impacto dos recursos de emendas parlamentares nos recursos de custeio à saúde primária repassados aos municípios.

Conforme dados do relatório de 2017 disponibilizado pela Organização Atlas Brasil (ATLAS BRASIL, 2017), o estado com melhor IDHM é o Distrito Federal, mas como ele não possui subdivisões por municípios não é possível analisar a alocação de emendas parlamentares nos locais que mais necessitariam de recursos, motivo que o Distrito Federal será desconsiderado para análise. O segundo estado com melhor IDHM é São Paulo, com IDHM



0,826, depois selecionamos o 14º melhor estado, Rio Grande do Norte, com IDHM 0,552, e por fim o estado com o pior resultado do IDHM que é o estado de Alagoas com o IDHM de 0,471<sup>9</sup>.

A ordem de coleta e apresentação de dados seguirá do estado com melhor IDHM, após o estado com IDHM médio e por último o estado com os menores índices de IDHM.

### 3.1 Seleção de municípios por unidade federada

A ideia inicial para verificar as melhores oportunidades de alocação de emendas parlamentares na saúde primária era identificar, por estado, os municípios com os piores indicadores de capitação ponderada e de desempenho. Após essa seleção, a proposta era verificar se havia emendas alocadas nesses municípios e em qual proporção.

Tendo em vista que inúmeros municípios em todos os estados brasileiros no ano de 2020 tiveram os índices de capitação ponderada e de desempenho zerados, pois receberam o incentivo financeiro de transição nos termos da Portaria GM/MS nº 173/2020, o critério adotado para diferenciação e oportunidade de seleção de municípios foi o índice crescente de IDHM.

Por necessidade de delimitar o estudo, após planilhar e analisar os dados sociais da saúde, o respectivo repasse de recursos federais e o repasse de emendas parlamentares, foi constatado que 60 municípios, sendo 20 por estado, são suficientes para construir o caminho de como identificar municípios que precisam de recursos e observar eventuais disparidades de indicações.

O tamanho da amostra é seguro para evitar casualidades, permite um quadro abrangente para comparações e análises e não há excesso de números a ponto de inviabilizar a compreensão dos dados.

Dessa forma, constam duas tabelas por estado com 20 municípios da amostra, uma tabela para o ano de 2020 e outra para o ano de 2021. As tabelas foram organizadas conforme o critério crescente de IDHM, apresentam as seguintes informações:

- a) N° de ES (Equipes de Saúde): Essa coluna representa a soma do número de Equipes de Saúde da Família (ESF), com o número de Equipes de Atenção Primária com atendimento de 20 horas por semana (EAP 20h) e o número de Equipes de Atenção Primária com atendimento de 30 horas por semana (EAP 30h);
- b) Pop.: população municipal conforme estimativa do IBGE 2019, constante das planilhas de Financiamento da Atenção Primária da Saúde do Ministério da Saúde;

<sup>9</sup> Atlas BR. Ranking de IDHM dos Estados do Brasil em 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acessado em: 19 set. 2022.



- c) Teto de cobertura: soma da capacidade de atendimento de pessoas pelas equipes de ESF, EAP 20h e EAP 30h;
- d) Percentual de cobertura: Percentual entre o teto de cobertura e a população do município;
- e) Desemp.: Nota de desempenho corresponde ao Indicador Sintético Final (ISF), calculado conforme dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB e disponível no relatório de pagamento;
- f) Repasse Previne Brasil: Nesse caso teremos situações distintas, pois o cálculo de repasses do ano de 2020 foi diferente do ano de 2021.

No ano de 2020, os municípios da Portaria GM/MS nº 172/2020, receberam recursos correspondentes à soma dos pagamentos da Capitação Ponderada, do índice de Desempenho mais o incentivo financeiro per capita de transição. No caso dos municípios da Portaria GM/MS nº 173/2020 os valores correspondem ao incentivo financeiro de transição. Os municípios que aparecem com valores zerados na coluna Teto de Cadastro são os municípios da Portaria GM/MS nº 173/2020.

No ano de 2021, o repasse de recursos corresponde à soma do pagamento da Capitação Ponderada com os valores do índice de Desempenho para todos os municípios.

- g) Emendas Parlamentares: total de emendas parlamentares classificadas como incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária em saúde repassadas ao município.

Na última linha das tabelas foram inseridas as Médias e Totais dos dados dos 20 municípios abordados. Nessa linha são apresentadas a média do Percentual de Cobertura e a média do Desempenho e os totais de repasses do Programa Previne Brasil e das Emendas parlamentares. Esses dados são importantes para o processo de análise e comparações que veremos a seguir.

### 3.2 Estado de São Paulo

Estado com 46.289.333 habitantes<sup>10</sup>, 645 municípios e com a média de 0,783 de IDHM. O Estado de São Paulo tem 73 parlamentares, sendo 70<sup>11</sup> deputados federais e 3 senadores. Os parlamentares paulistas destinaram R\$ 247.510.178,00<sup>12</sup> para o incremento temporário do custeio da saúde primária no ano de 2020 e R\$ 450.754.616,00<sup>13</sup> no ano de 2021.

<sup>10</sup> IBGE. Brasil/São Paulo. População Estimada em 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>11</sup> Câmara dos Deputados. Papel e História da Câmara. Número de Deputados por Estado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/numero-de-deputados-por-estado>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>12</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2020, Estado de São Paulo, Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>13</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2021. Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.



### 3.2.1. Municípios com menores índices de IDHM

Tabela 2 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de São Paulo com menores índices de IDHM – 2020.

Município	IDH M	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastro	Percentual de cobertura	Desemp.	Repasso Previne Brasil	Emendas parlamentares
RIBEIRÃO BRANCO	0,639	4	16.444	11000	67%	4,37	R\$ 1.091.952,88	R\$ 450.000,00
BARRA DO TURVO	0,641	4	7.659	7659	100%	2,16	R\$ 715.913,80	R\$ 134.230,00
NOVA CAMPINA	0,651	5	9.755	9755	100%	2,66	R\$ 912.332,40	R\$ 0,00
NATIVIDADE DA SERRA	0,655	3	6.661	5500	83%	0,7	R\$ 434.872,48	R\$ 200.000,00
REDENÇÃO DA SERRA	0,657	1	3.851	4000	104%	0,97	R\$ 254.660,16	R\$ 302.406,00
BARRA DO CHAPÉU	0,66	3	5.724	5724	100%	2,39	R\$ 551.671,32	R\$ 300.000,00
BOM SUCESSO DE ITARARÉ	0,66	1	3.954	2750	70%	4,43	R\$ 270.680,82	R\$ 0,00
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	0,661	2	4.241	4241	100%	2,94	R\$ 394.796,04	R\$ 380.000,00
RIVERSUL	0,664	0	5.524	0	0%	0	R\$ 186.067,47	R\$ 100.000,00
BURI	0,667	3	19.878	12000	60%	5,15	R\$ 890.689,36	R\$ 700.000,00
TEJUPÁ	0,668	1	4.532	2750	61%	1,54	R\$ 271.373,64	R\$ 150.000,00
BALBINOS	0,669	2	5.735	5500	96%	4,73	R\$ 503.147,10	R\$ 150.000,00
SETE BARRAS	0,673	7	12.832	12832	100%	5,43	R\$ 1.229.838,48	R\$ 600.000,00
IARAS	0,674	3	9.240	7563	82%	3,05	R\$ 697.471,68	R\$ 80.000,00
GUAPIARA	0,675	7	17.157	17157	100%	2,14	R\$ 1.500.205,18	R\$ 250.000,00
ITARIRI	0,677	5	17.436	13750	79%	3,05	R\$ 1.088.017,37	R\$ 450.000,00
MARABÁ PAULISTA	0,677	3	5.853	5853	100%	3,95	R\$ 563.401,51	R\$ 200.000,00
PEDRA BELA	0,677	2	6.093	5500	90%	2,4	R\$ 510.746,88	R\$ 70.000,00
NAZARÉ PAULISTA	0,678	3	18.524	4125	22%	0	R\$ 526.954,24	R\$ 0,00
QUADRA	0,678	1	3.804	2750	72%	0,73	R\$ 265.943,64	R\$ 100.000,00
Médias/Totais					79%*	2,93*	R\$ 12.860.736,45	R\$ 4.616.636,00

Dados do Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

\*Entre os municípios que participaram da capitação ponderada

Inicialmente destaca-se que muitos municípios tinham Equipes da Saúde da Família e Equipes de atenção primária cadastrados no Programa Previne Brasil em quantidade suficiente para atender a totalidade da população municipal.

Quanto aos índices de desempenho, todos os municípios apresentaram números muito baixos.

Em análise a esses dois critérios, quanto à quantidade de equipes de saúde a maioria dos municípios analisados não precisaria de recursos com a finalidade de melhorar esses índices,



porém quanto ao desempenho das ações de saúde, todos os municípios precisam e podem melhorar esses índices, indicando-se uma oportunidade de alocação de emendas parlamentares.

Ao considerar os recursos transferidos por meio de emendas parlamentares, podemos perceber que de forma geral sim, os municípios com baixo IDHM receberam recursos de custeio à atenção primária e de forma bem satisfatória. Os 20 municípios receberam R\$ 4.616.636,00 dos R\$ 247.510.178,00 destinados à ação “incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde” no Estado de São Paulo, o que representa 1,87% do total de recursos. Como a população desses 20 municípios representa apenas 0,4% dos habitantes do Estado de São Paulo, conclui-se que o critério adotado pelos parlamentares atendeu os municípios com menores índices de IDHM.

As emendas parlamentares indicadas na ação 2E89 para esses 20 municípios somaram R\$ 4.516.636,00 o que representa o percentual de 35,9% quando comparado com o repasse de recursos do Ministério da Saúde que totalizaram R\$ 12.860.736,45.

Observa-se que a divisão não é equitativa, o que é esperado, tendo em vista que a alocação é feita por vários atores e os valores são insuficientes para alcançar os tetos de incremento temporário dos municípios. Observa-se que houve municípios com baixo IDHM, cobertura de equipes de saúde abaixo de 100% e com baixo índice de desempenho que não receberam recursos ou receberam numerário abaixo de R\$ 100.000,00.

Tabela nº 3 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de São Paulo com menores índices de IDHM – 2021.

Município	IDH M	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastro	Percentual atendimento	Desemp.	Repasso Previnex Brasil	Valor em emenda parlamentar
RIBEIRÃO BRANCO	0,639	4	16.444	14245	87%	7,32	R\$ 1.241.197,38	R\$ 450.000,00
BARRA DO TURVO	0,641	4	7.659	7550	99%	6,78	R\$ 874.213,52	R\$ 550.000,00
NOVA CAMPINA	0,651	5	9.755	10279	105%	6,78	R\$ 1.109.438,76	R\$ 0,00
NATIVIDADE DA SERRA	0,655	3	6.661	2870	43%	3,48	R\$ 459.109,32	R\$ 300.000,00
REDENÇÃO DA SERRA	0,657	1	3.851	2478	64%	2,03	R\$ 272.191,72	R\$ 178.724,00
BARRA DO CHAPÉU	0,66	3	5.724	6033	105%	3,96	R\$ 631.136,26	R\$ 688.067,00
BOM SUCESSO DE ITARARÉ	0,66	1	3.954	4475	113%	8,73	R\$ 348.321,51	R\$ 150.000,00
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	0,661	2	4.241	5079	120%	5,39	R\$ 468.539,92	R\$ 793.488,00
RIVERSUL	0,664	0	5.524	2437	44%	3,98	R\$ 352.681,28	R\$ 333.792,00
BURI	0,667	3	19.878	12362	62%	3,8	R\$ 943.959,72	R\$ 820.000,00
TEJUPÁ	0,668	1	4.532	2875	63%	2,74	R\$ 294.580,32	R\$ 200.000,00
BALBINOS	0,669	2	5.735	2073	36%	6,53	R\$ 502.259,24	R\$ 160.000,00



SETE BARRAS	0,673	7	12.832	14349	112%	7,6	R\$ 1.500.758,32	R\$ 600.000,00
IARAS	0,674	3	9.240	4885	53%	3,63	R\$ 590.989,60	R\$ 120.000,00
GUAPIARA	0,675	7	17.157	18795	110%	4	R\$ 1.758.132,85	R\$ 2.341.712,00
ITARIRI	0,677	5	17.436	13292	76%	4,85	R\$ 1.303.722,64	R\$ 490.000,00
MARABÁ PAULISTA	0,677	3	5.853	3691	63%	6,39	R\$ 627.912,12	R\$ 200.000,00
PEDRA BELA	0,677	2	6.093	6056	99%	3,2	R\$ 562.478,28	R\$ 50.000,00
NAZARÉ PAULISTA	0,678	3	18.524	3815	21%	2,09	R\$ 700.105,39	R\$ 350.000,00
QUADRA	0,678	1	3.804	3632	95%	3,07	R\$ 205.306,19	R\$ 200.000,00
Médias/Totais					79%	4,82	R\$ 14.747.034,34	R\$ 8.975.783,00

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

Comparando as tabelas podemos notar que apesar da cobertura de atendimento ter mantido a mesma média, o índice de desempenho passou de 2,64 para 4,82, que apesar de percentualmente representar 183% da média do ano anterior, o desempenho permanece com uma nota baixa.

Quanto aos repasses do Programa Previne Brasil, houve um aumento de R\$ 1.886.297,89 no ano de 2021, o que representa um acréscimo de 14,67% aos valores de 2020.

Quanto às emendas parlamentares, essas tiveram um significativo incremento de valores, passando de R\$ 4.616.636,00 para R\$ 8.975.783,00, um acréscimo de 94% nos valores de um ano para o outro. No ano de 2021, as emendas parlamentares representaram 61% do valor repassado pelo Ministério da Saúde a título de capitação ponderada e desempenho.

O aumento de destinação de emendas parlamentares de 2020 para 2021 devesse principalmente pelo aumento de emendas de relator, classificadas como RP9, como vimos no título referente a emendas parlamentares. Esse acréscimo vai ser percebido de forma ainda mais contundente na análise dos próximos estados.

Novamente observa-se que os 20 municípios foram bem contemplados com emendas parlamentares, porém observa-se que enquanto o município de Guapiara recebeu o teto<sup>14</sup> do incremento temporário ao custeio, o município de Nova Campina não recebeu valor algum.

### 3.3 Estado do Rio Grande do Norte

<sup>14</sup>Ministério da Saúde. Limites dos valores para indicação Incremento PAB (06/05/2021). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1FF6SwZYImZLL9rmYp6lrpaJNW81zjMZt/view>. Acessado em: 26 ago. 2022.



Estado com 3.534.165<sup>15</sup> habitantes, 167 municípios e com a média de 0,684 de IDHM. O Estado do Rio Grande do Norte tem 11 parlamentares, sendo 08<sup>16</sup> deputados federais e 03 senadores que destinaram R\$ 81.487.926,00<sup>17</sup> para o incremento temporário do custeio da saúde primária no ano de 2020 e R\$ 166.053.115,00<sup>18</sup> no ano de 2021.

### 3.3.1. Municípios com menores índices de IDHM

Tabela 4 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado do Rio Grande do Norte com menores índices de IDHM – 2020.

Ano de 2020								
Município	IDHM	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastro	Percentual atendimento	Desemp.	Repasso Previde Brasil	Valor em emenda parlamentar
João Dias	0,53	0	2.654	0	0%	0	R\$ 445.007,40	R\$ 100.000,00
Parazinho	0,549	2	5.237	5500	105%	3,3	R\$ 491.601,84	R\$ 850.000,00
Ielmo Marinho	0,55	5	13.766	13750	100%	4,26	R\$ 1.321.322,79	R\$ 700.000,00
Lagoa de Pedras	0,553	0	7.544	0	0%	0	R\$ 1.443.745,08	R\$ 750.000,00
São Bento do Norte	0,555	0	2.747	0	0%	0	R\$ 476.526,48	R\$ 100.000,00
Venha-Ver	0,555	2	4.177	5500	132%	2,82	R\$ 400.778,82	R\$ 173.691,00
Montanhas	0,557	0	11.251	0	0%	0	R\$ 2.256.551,04	R\$ 400.000,00
Espírito Santo	0,558	0	10.505	0	0%	0	R\$ 1.695.467,58	R\$ 400.000,00
Pedra Preta	0,558	0	2.458	0	0%	0	R\$ 477.303,80	R\$ 630.000,00
Pedra Grande	0,559	0	3.237	0	0%	0	R\$ 490.692,18	R\$ 150.000,00
Galinhas	0,564	1	2.786	2750	99%	2,78	R\$ 256.613,19	R\$ 333.143,00
Jardim de Angicos	0,565	1	2.612	2750	105%	3,17	R\$ 258.934,15	R\$ 350.000,00
Barcelona	0,566	0	3.998	0	0%	0	R\$ 732.805,56	R\$ 0,00
Pureza	0,567	5	9.621	13750	143%	5,5	R\$ 958.328,54	R\$ 250.038,00
Pedro Velho	0,568	0	14.806	0	0%	0	R\$ 2.534.452,87	R\$ 250.038,00
Jandaíra	0,569	3	6.878	7750	113%	3,84	R\$ 656.761,14	R\$ 800.000,00
Japi	0,569	0	5.055	0	0%	0	R\$ 790.552,62	R\$ 700.038,00
Rio do Fogo	0,569	0	10.848	0	0%	0	R\$ 1.957.272,96	R\$ 100.000,00
Taipu	0,569	5	12.279	13750	112%	1,94	R\$ 1.163.727,96	R\$ 500.000,00
Senador Georgino Avelino	0,57	0	4.440	0	0%	0	R\$ 744.120,84	R\$ 150.000,00
Médias/Totais					114*	3,45*	R\$ 19.552.566,84	R\$ 7.686.948,00

Dados do Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

<sup>15</sup> IBGE. Brasil/Rio Grande do Norte. População Estimada em 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>16</sup> Câmara dos Deputados. Papel e História da Câmara. Número de Deputados por Estado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/numero-de-deputados-por-estado>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>17</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2020, Estado do Rio Grande do Norte, Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>18</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2021, Estado do Rio Grande do Norte, Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.



\*Entre os municípios que participaram da capitação ponderada.

A tabela demonstra que 12 municípios estão com indicadores zerados, pois se enquadravam na Portaria GM/MS nº 173/2020, por serem municípios que teriam decréscimo no repasse de valores conforme a regra do Programa Previne Brasil.

Quanto aos índices de desempenho, por estarem fora das estatísticas da capitação ponderada, a maioria teve o escore zerado e os 08 municípios participantes do Previne Brasil tiveram notas de desempenho baixas, performando a média 3,45.

Ao considerar os recursos transferidos por meio de emendas parlamentares, novamente podemos concluir que os municípios com baixo IDHM foram bem atendidos com recursos de custeio à atenção primária. Os 20 municípios receberam R\$ 7.686.948,00 dos R\$ 81.487.926,00 destinados à ação “incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde” no Estado do Rio Grande do Norte, o que representa 9,43% do total de recursos repassados. Como a população desses 20 municípios representa apenas 0,04% dos habitantes do Estado do Rio Grande do Norte, conclui-se que o critério adotado pelos parlamentares privilegiou os municípios com menores índices de IDHM.

As emendas parlamentares indicadas na ação 2E89 para esses 20 municípios somaram R\$ 7.686.948,00 o que representa o percentual de 39,3% comparado com o repasse de recursos do Programa Previne Brasil que totalizaram R\$ 19.552.566,84.

Novamente observa-se no universo de 20 municípios uma distribuição não equânime dos recursos indicados por parlamentares às municipalidades, mesmo se o critério populacional for levado em consideração. O município de Barcelona não recebeu recursos e nota-se disparidade de recursos entre 05 municípios que receberam R\$ 700.000,00 ou mais e os 05 municípios que receberam R\$ 150.000,00 ou menos.

Ao analisar o índice de desempenho dos municípios como critério de oportunidade de alocação de recursos, apenas oito participaram da capitação ponderada, mas os oito municípios são vistos com possibilidade de incentivo financeiro para aprimorar o desempenho.

Tabela 5 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado do Rio Grande do Norte com menores índices de IDHM – 2021.

Ano de 2021

Município	IDHM	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastro	Percentual atendimento	Desemp.	Repasso Previne Brasil	Valor em emenda parlamentar
João Dias	0,53	1	2.654	2750	104%	4,21	R\$ 291.927,84	R\$ 750.000,00
Parazinho	0,549	3	5.237	5500	105%	6,45	R\$ 591.888,35	R\$ 303.508,00
Ielmo Marinho	0,55	5	13.766	13750	100%	6,44	R\$ 1.418.323,04	R\$ 500.038,00



Lagoa de Pedras	0,553	4	7.544	11000	146%	2,7	R\$ 877.436,64	R\$ 100.038,00
São Bento do Norte	0,555	2	2.747	5500	200%	6,13	R\$ 324.916,85	R\$ 200.038,00
Venha-Ver	0,555	2	4.177	5500	132%	4,65	R\$ 451.605,70	R\$ 802.402,00
Montanhas	0,557	6	11.251	16500	147%	7,17	R\$ 1.405.262,16	R\$ 640.038,00
Espírito Santo	0,558	5	10.505	13750	131%	4,23	R\$ 985.242,59	R\$ 1.800.000,00
Pedra Preta	0,558	2	2.458	5500	224%	5,16	R\$ 380.328,76	R\$ 770.038,00
Pedra Grande	0,559	2	3.237	5500	170%	7,91	R\$ 476.594,76	R\$ 825.441,00
Galinhos	0,564	1	2.786	2750	99%	7,68	R\$ 272.432,82	R\$ 389.760,00
Jardim de Angicos	0,565	1	2.612	2750	105%	4,09	R\$ 292.527,68	R\$ 632.146,00
Barcelona	0,566	2	3.998	5500	138%	4,92	R\$ 475.097,48	R\$ 775.676,00
Pureza	0,567	5	9.621	13750	143%	8,04	R\$ 1.103.178,37	R\$ 1.050.000,00
Pedro Velho	0,568	7	14.806	19250	130%	5,13	R\$ 1.647.707,22	R\$ 0,00
Jandaíra	0,569	3	6.878	8250	120%	5,11	R\$ 757.892,60	R\$ 1.000.038,00
Japi	0,569	3	5.055	8250	163%	6,41	R\$ 709.019,28	R\$ 1.100.000,00
Rio do Fogo	0,569	5	10.848	13750	127%	5,09	R\$ 1.193.368,48	R\$ 400.038,00
Taipu	0,569	5	12.279	13750	112%	6,46	R\$ 1.313.842,12	R\$ 1.150.038,00
Senador Georgino Avelino	0,57	2	4.440	5500	124%	2,23	R\$ 497.872,44	R\$ 400.000,00
Médias/Totais					136%	5,51	R\$ 15.466.465,18	R\$ 13.589.237,00

Dados do Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

Com todos os municípios participando do programa Previne Brasil, o indicador de percentual de teto de cadastro registrou uma média de 136% para o grupo, levando-se a conclusão que não é necessário o incentivo financeiro por meio de emendas parlamentares para criação de novas equipes de saúde.

A média do índice de desempenho do grupo foi de 5,51 pontos, indicando que os índices de desempenho melhoraram muito e ainda podem melhorar mais, sendo uma oportunidade de aporte de emendas parlamentares com esse objetivo.

Quanto aos repasses do programa Previne Brasil, houve um decréscimo de R\$ 4.086.101,66, quando comparado com os valores de 2020. Essa queda geral se deve aos municípios que em 2020 receberam o incentivo financeiro de transição e em 2021, devido às regras de cálculo do programa Previne Brasil, tiveram a redução do repasse de recursos.

Quanto às emendas parlamentares, essas tiveram um significativo incremento de valores, passando de R\$ 7.686.948,00 para R\$ 13.589.237,00, um acréscimo de 76% nos valores de um ano para o outro e no ano de 2021 as emendas equivalem a 87,8% do valor repassado a esses municípios a título de capitação ponderada e desempenho.

Novamente observa-se que o conjunto dos 20 municípios foram bem contemplados com emendas parlamentares, porém observa-se algumas disparidades, pois 5 municípios foram contemplados com valores acima de R\$ 1 milhão, enquanto um município não recebeu valor algum e outros 3 municípios foram contemplados com valores de R\$ 300.000,00 para baixo.



### 3.4 Estado de Alagoas

Estado com 3.351.092<sup>19</sup> habitantes, 102 municípios e com a média de 0,631 de IDHM. O Estado de Alagoas tem 12 parlamentares, sendo 09<sup>20</sup> deputados federais e 03 senadores que destinaram R\$ 66.989.144,00<sup>21</sup> para o incremento temporário do custeio da saúde primária no ano de 2020 e R\$ 331.300.086,00<sup>22</sup> no ano de 2021.

#### 3.4.1. Municípios com menores índices de IDHM

Tabela 6 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de Alagoas com menores índices de IDHM - 2020

Ano de 2020.

Município	IDHM	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastramento	Percentual atendimento	Desemp.	Repasses Previde Brasil	Valor em emenda parlamentar
Inhapi	0,484	6	18.385	16500	90%	4,16	R\$1.537.126,69	R\$ 1.100.000,00
Olivença	0,493	4	11.624	8800	76%	4,77	R\$1.073.861,56	R\$ 200.000,00
Olho D'Água Grande	0,503	0	5.123	0	0%	0	R\$567.397,47	R\$ 600.000,00
Mata Grande	0,504	6	25.216	16500	65%	3,66	R\$1.705.847,88	R\$ 1.700.000,00
Roteiro	0,505	0	6.664	0	0%	0	R\$821.146,36	R\$ 0,00
Canapi	0,506	6	17.722	15813	89%	3,42	R\$1.481.783,52	R\$ 600.000,00
Branquinha	0,513	0	10.494	0	0%	0	R\$1.283.455,99	R\$ 200.000,00
Belo Monte	0,517	3	6.704	8250	123%	5,18	R\$655.945,62	R\$ 700.000,00
Colônia Leopoldina	0,517	0	21.698	0	0%	0	R\$1.994.553,20	R\$ 200.000,00
Ibateguara	0,518	6	15.616	16500	106%	3,34	R\$1.502.563,44	R\$ 600.000,00
Senador Rui Palmeira	0,518	0	13.870	0	0%	0	R\$1.885.351,14	R\$ 400.000,00
Santana do Mundaú	0,519	0	10.740	0	0%	0	R\$1.636.902,76	R\$ 1.550.000,00
Novo Lino	0,521	4	12.690	11000	87%	3,16	R\$1.043.955,84	R\$ 0,00
Campo Grande	0,524	4	9.558	11000	115%	4,05	R\$922.806,00	R\$ 0,00
Craíbas	0,525	9	24.219	24750	102%	4,33	R\$2.353.247,36	R\$ 0,00
Olho D'Água do Casado	0,525	4	9.373	11000	117%	4,27	R\$926.787,73	R\$ 1.200.000,00
Carneiros	0,526	3	9.081	8250	91%	5,21	R\$802.766,47	R\$ 1.100.000,00
Poço das Trincheiras	0,526	4	14.386	8800	61%	3,46	R\$1.137.018,24	R\$ 500.000,00
Flexeiras	0,527	0	12.790	0	0%	0	R\$1.841.928,43	R\$ 300.000,00

<sup>19</sup> IBGE. Brasil/Alagoas. População Estimada em 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>20</sup> Câmara dos Deputados. Papel e História da Câmara. Número de Deputados por Estado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/numero-de-deputados-por-estado>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>21</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2020, Estado de Alagoas, Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.

<sup>22</sup> Fundo Nacional de Saúde. Consulta Consolidada Fundo a Fundo. Ano de 2021, Estado de Alagoas, Repasse municipal. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acessado em: 19 set. 2022.



São José da Tapera	0,527	14	32.260	38500	119%	4,83	R\$3.101.822,91	R\$ 3.915.709,00
Médias/Totais					95,5%*	4,14*	R\$ 28.276.268,61	R\$ 14.865.709,00

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

\*Entre os municípios que participaram da capitação ponderada.

Seguindo a análise conforme tabelas anteriores, observa-se um bom índice de equipes para atender a população dos municípios, nos 13 municípios que participaram da capitação ponderada a média representa que há equipes suficientes para cadastrar 95,5% da população desses municípios, apesar de haver dois municípios com índices na faixa de 60%.

A média de 4,14 do índice de desempenho obtida pelos 13 municípios foi a mais elevada em 2020 quando comparada com as médias das amostras de municípios de São Paulo e Rio Grande do Norte, mas ainda com muito espaço para melhorar.

As emendas parlamentares indicadas na ação 2E89 para esses 20 municípios somaram R\$ 14.865.709,00 o que representa um pouco mais da metade dos recursos federais repassados pelo Previne Brasil, que totalizaram R\$ 28.276.268,61.

Observa-se novamente que os municípios com os 20 menores índices de IDHM receberam, proporcionalmente à população, boa parcela dos recursos destinados ao incremento temporário ao custeio da saúde primária. Foi destinado 22,2% das emendas da ação 2E89 para uma amostra de municípios que representam 8,6% da população do Estado de Alagoas.

Neste ano de 2020, para o grupo da amostra, encontramos uma divisão bem desproporcional, enquanto 04 municípios não receberam recursos, outros 06 municípios receberam valores acima de R\$ 1 milhão.

Tabela 7 - Indicadores de saúde e repasses de valores aos 20 municípios do Estado de Alagoas com menores índices de IDHM – 2021.

Ano de 2021								
Município	IDH M	Nº de ES	Pop.	Teto do Cadastro	Percentual atendimento	Desemp.	Repasso Previne Brasil	Valor em emenda parlamentar
Inhapi	0,484	6	18.385	16500	94%	5,79	R\$1.770.590,77	R\$ 2.651.273,00
Olivença	0,493	5	11.624	11000	86%	7,47	R\$1.246.424,44	R\$ 1.938.877,00
Olho D'Água Grande	0,503	2	5.123	5500	107%	5,91	R\$540.685,40	R\$ 879.891,00
Mata Grande	0,504	6	25.216	16500	75%	6,11	R\$1.842.356,64	R\$ 2.200.000,00
Roteiro	0,505	3	6.664	8250	122%	9,06	R\$799.976,28	R\$ 1.346.987,00
Canapi	0,506	7	17.722	15813	96%	9,18	R\$1.692.525,00	R\$ 2.150.000,00
Branquinha	0,513	5	10.494	13750	98%	7,96	R\$1.180.364,36	R\$ 2.181.045,00
Belo Monte	0,517	3	6.704	8250	122%	8,76	R\$680.583,38	R\$ 950.000,00
Colônia Leopoldina	0,517	8	21.698	32000	85%	7,08	R\$ 1.638.421,30	R\$ 3.250.220,00



Ibateguara	0,518	6	15.616	16500	96%	5,59	R\$ 1.669.358,92	R\$ 2.450.000,00
Senador Rui Palmeira	0,518	5	13.870	13750	97%	8,11	R\$ 1.432.316,76	R\$ 2.000.000,00
Santana do Mundaú	0,519	5	10.740	13750	122%	9,19	R\$ 1.332.757,59	R\$ 2.635.102,00
Novo Lino	0,521	4	12.690	11000	77%	7,03	R\$ 1.128.711,39	R\$ 1.650.000,00
Campo Grande	0,524	4	9.558	11000	110%	8,22	R\$ 1.091.051,80	R\$ 1.200.000,00
Craibas	0,525	9	24.219	24750	107%	7,35	R\$ 2.635.190,88	R\$ 4.000.000,00
Olho D'Água do Casado	0,525	4	9.373	11000	94%	4,97	R\$ 1.032.466,52	R\$ 1.500.000,00
Carneiros	0,526	4	9.081	8250	100%	7,23	R\$ 901.425,22	R\$ 1.513.000,00
Poço das Trincheiras	0,526	5	14.386	11000	86%	6,1	R\$ 1.360.524,66	R\$ 2.305.087,00
Flexeiras	0,527	5	12.790	20000	93%	7,06	R\$ 1.042.775,13	R\$ 2.594.000,00
São José da Tapera	0,527	14	32.260	38500	105%	7,76	R\$ 3.517.192,06	R\$ 2.555.000,00
Médias/Totais					99%	7,29	R\$ 28.535.698,50	R\$ 41.950.482,00

Fonte: sDados do Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

Assim como nos outros estados paradigmas, no ano de 2021 o índice de equipes para atender a população dos municípios é suficiente, alcançando a média de 99%, havendo no caso do estado de Alagoas oportunidades pontuais para aumentar a quantidade de equipes para atender a população.

Quanto à nota do índice de desempenho os municípios da amostra surpreenderam com a média de 7,26. No ano de 2021, o grupo de municípios do estado de Alagoas ficou acima da média dos municípios da amostra de São Paulo e Rio Grande do Norte, respectivamente com notas médias de 4,82 e 5,51.

Os repasses federais do ano de 2020 e 2021 ficaram muito próximos, R\$ 28.276.268,61 e R\$ 28.535.698,50 respectivamente. Isso se deve ao fato dos municípios que no ano de 2020 receberam o auxílio financeiro de transição, no ano de 2021 tiveram bom desempenho na capitação ponderada e no índice de desempenho.

Ao abordarmos os repasses de emenda parlamentares na ação 2E89, observamos um aumento expressivo, o valor saltou de R\$ 14.865.709,00 para R\$ 41.950.482,00. O acréscimo foi de 282%, em decorrência principalmente do aporte de emendas com identificador de resultado primário RP9.

Quanto à distribuição de recursos das emendas parlamentares, devido aos valores expressivos não há como negar que todos os municípios foram bem atendidos. Nesse caso em específico do estado de Alagoas podemos verificar que no ano de 2021 a ferramenta do teto do custeio à saúde primária entrou em ação para limitar a concentração de recursos. Da amostra,



07 municípios foram limitados pelo teto: Olivença, Olho D'Água Grande, Roteiro, Branquinha, Colônia Leopoldina, Santana do Mundaú e Poço das Trincheiras<sup>23</sup>.

### 3.5 Levantamento dos índices de desempenho

Nas amostras dos três estados podemos observar que as equipes existentes são suficientes para realizar o cadastro da população dos municípios, não havendo muito espaço para que esse seja um fator motivador para alocação de emendas parlamentares.

Dessa forma, nesse subtítulo direciona-se a atenção ao índice de desempenho, de como as emendas parlamentares podem fomentar a melhora dos indicadores de desempenho. Conforme os incisos do § 1º do art. 6º da Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de janeiro de 2019, são sete os indicadores de desempenho:

- I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV - cobertura de exame citopatológico;
- V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e
- VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Para analisar a possibilidade de utilizar o índice de desempenho como referência para a alocação de emendas parlamentares no custeio da saúde, vamos analisar os municípios com melhores e piores médias de desempenho de cada estado da amostra no ano de 2021, ano que todos os municípios tiveram notas junto ao Previner Brasil.

Os dados da tabela abaixo são da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, obtidos na página Painéis de Indicadores<sup>24</sup> por meio de filtro do ano de 2021 e seleção do município. Destaca-se que a média não é a simples média das porcentagens dos incisos, a média de desempenho considera essas porcentagens para a forma de cálculo previsto nas notas técnicas do Ministério da Saúde para cada indicador.

Tabela 8 – Índices de desempenho dos municípios com melhores e piores médias.

UF	MUNICÍPIO	MÉDIA	Incisos do §1º do art. 6º da Portaria GM/MS nº 3.222/2019						
			I	II	III	IV	V	VI	VII

<sup>23</sup> Ministério da Saúde. Limites dos valores para indicação Incremento PAB (06/05/2021). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1FF6SwZYlmZLL9rmYp6lrpaJNW81zjMZt/view>. Acessado em: 26 set. 2022.

<sup>24</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de Indicadores. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/situacao-geral>. Acessado em: 22 set. 2022.



SP	Redenção da Serra	2,03	0%	11%	0%	1%	0%	0%	0%
SP	Bom Sucesso de Itararé	8,73	83%	72%	72%	30%	100%	22%	42%
RN	Senador Georgino Avelino	2,23	52%	42%	74%	16%	24%	12%	12%
RN	Pureza	8,04	65%	96%	96%	29%	34%	14%	31%
AL	Olho D'Água do Casado	4,97	61%	61%	52%	16%	13%	1%	14%
AL	Santana do Mundaú	9,19	77%	88%	83%	29%	32%	40%	90%

Fonte: Dados do Ministério da Saúde. Elaboração própria do autor.

Do levantamento acima, podemos observar que mesmo municípios com média de desempenho acima de 8 apresentam baixo percentual em determinados indicadores de desempenho. O painel de indicadores da atenção primária à saúde torna-se mais uma ferramenta a auxiliar na identificação de oportunidades de alocar emendas parlamentares com mais qualidade.

Quanto aos municípios com notas baixas, além das necessidades por investimentos que os números demonstram de forma imediata, de forma mediata pode-se perceber problemas que estariam relacionados à qualificação de pessoal para registro de dados ou até mesmo falta de equipamentos informatizados.

No que pese o recurso de custeio para a atenção primária não poder ser utilizado em investimento, os recursos repassados por meio da ação 2E89 liberam os recursos livres dos municípios para aquisição de bens de capital. Essa estratégia é possível ser realizada entre o beneficiário e o parlamentar, sendo umas das vantagens das emendas parlamentares, o contato próximo com o gestor.

### 3.6 Análise dos dados das amostras

Inicialmente, constatamos na amostra que os municípios com menor IDHM tiveram, proporcionalmente a sua população, uma boa destinação de valores de emendas parlamentares para o custeio à saúde primária, isso não indica que municípios com menor IDHM também tenham essa preferência quanto a outras emendas parlamentares, pois há uma grande diversidade de emendas parlamentares com montantes expressivos que não foram considerados.

Porém, quando se trata de emendas para custeio da saúde primária, por meio da amostra podemos concluir que os municípios com menor IDHM tendem a ser, em média, os que proporcionalmente à população recebem valores significativos de emendas parlamentares. Essa informação pode ser futuramente abordada quando se for estudar a diferença da composição dos recursos da saúde nos municípios e a importância das emendas parlamentares para diferentes estratos de IDHM.

Da amostra também podemos extrair que quanto maior a proporção de parlamentares em relação à população do estado, maior se torna a proporção do valor das emendas



parlamentares e mais significativo se torna a necessidade de qualidade de alocação desses recursos.

Essa diferença na proporção de parlamentares versus população acaba por gerar uma distorção na distribuição per capita de recursos das emendas parlamentares, que apesar de não ser o objeto deste estudo, essa distorção pode afetar a qualidade da alocação das emendas parlamentares, mas a nível nacional.

Observou-se, ainda, que com o advento das emendas classificadas como RP9, houve aumento de valores colocados sob gestão de parlamentares. Esse aumento de valores traz consigo a necessidade de maior responsabilidade e critérios na aplicação de recursos.

Ao realizar o comparativo de valores de emendas destinadas aos municípios não era esperado encontrar uma divisão racional e equitativa aos municípios, ainda mais que são vários atores destinando emendas ao mesmo tempo. Porém, conforme constatado durante a análise dos dados das tabelas 2 a 7, houve vários casos de grande desproporção na destinação de recursos via emendas parlamentares.

Destaca-se, foram vários casos de disparidades de recursos em uma amostra de apenas 60 municípios de um universo de 5.568 municípios brasileiros.

O raciocínio que se busca construir é: se estivesse à disposição dos parlamentares dados do desempenho e conseqüente necessidade de recursos para o custeio da saúde primária de todos os municípios de seu respectivo estado essas disparidades de indicações permaneceriam?

A melhor disponibilização e divulgação desses dados à população e à imprensa colaborariam para aumentar a conscientização da necessidade de melhorar o gasto das emendas parlamentares com o custeio da saúde primária?

As respostas a essas perguntas serão encontradas quando o Ministério da Saúde melhorar a divulgação da política nacional de custeio à saúde primária e atuar na orientação para que as emendas parlamentares sejam destinadas “nas ações que contribuam para o alcance de desempenho dos indicadores do Previner Brasil”, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021.

Uma maior atuação do Ministério da Saúde para informar os dados da saúde dos municípios dos estados não só contribuiria para a gestão das emendas, objeto deste trabalho, mas também para a atuação política dos parlamentares na sua função típica de pensar, legislar e fiscalizar as políticas públicas.

Passando-se a analisar a ferramenta do Teto do Incremento Temporário do Piso da Atenção Primária à Saúde no meu entender essa é uma ferramenta que não cumpre com eficiência a função distributiva de recursos públicos. Ela atua prioritariamente para que



determinados municípios não recebam excesso de valores, o que está correto, pois a partir de determinada cifra os gastos dos recursos públicos tendem a perder a qualidade na sua aplicação. Essa é a conclusão que os autores do capítulo Eficiência na provisão de educação e saúde do livro Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência expressam:

“(...) o grau de ineficiência aumenta com o nível de gasto do governo, o que sugere que os governos devem ser mais cuidadosos ao considerarem expandir seus gastos em saúde quando o nível inicial de dispêndios já é alto. A melhora no produto seria factível simplesmente pela correção das ineficiências nos gastos em saúde.”  
(ROCHA, DUARTE, *et al.*, 2015)

A sugestão para melhorar a eficiência dessa importante ferramenta seria analisar o Teto do incremento temporário do Piso da Atenção Primária à Saúde em duas etapas. Inicialmente cada município poderia receber até 70% do seu teto, valores acima desse percentual retornariam em impedimento para nova indicação.

Na segunda etapa de indicação o teto pode atingir 100%, caso seja efetivamente a intenção de um ou mais parlamentar alcançar o teto de indicação do município.

Esse procedimento permitiria que após a primeira etapa os parlamentares avaliassem conforme seus critérios de conveniência e oportunidade se voltariam a indicar valores para municípios que foram atendidos em 70% do seu teto, ou indicariam os recursos para outros municípios que não atingiram o teto e representam oportunidade de alocação de emendas parlamentares para melhorar o desempenho dos índices do Programa Previnde Brasil.

Claro que se trata de uma sugestão retórica, no sentido de instigar a pensar em possibilidades de aprimorar a ferramenta distributiva de recursos das emendas parlamentares, pois tal mudança tem que ocorrer com base em critérios técnicos e aprovação na Comissão Tripartite de Saúde.

Passando a analisar os dados dos índices de desempenho a principal finalidade da utilização dessa ferramenta por parte dos parlamentares é a possibilidade de criar uma pactuação junto com gestor municipal para a melhora desses índices. Não é um simples destinar recursos.

A destinação de emendas parlamentares com foco na qualidade do gasto aprimora mais que os índices de saúde pública, pois traz significado à atuação pública e política dos parlamentares. Um aprimoramento na forma de destinação também impacta na mudança do discurso, o parlamentar não só destina recursos para a área de saúde do município, ele efetivamente colabora para melhorar os índices de saúde da população.



## 4 CONCLUSÕES

O trabalho apresenta dados dos anos de 2020 e 2021, nesse período tivemos a implementação do programa Previne Brasil, a pandemia da COVID 19 e o advento das emendas de relator que surgiram em 2020. Apesar de reportar um biênio com muitas situações novas, ainda assim é possível verificar que independente do cenário que se apresentou, a preocupação com o gasto público pode e deve ser perseguida.

A política pública da atenção primária à saúde, hoje representada pelo Programa Previne Brasil, traz em seu cerne a preocupação com resultados. A força motriz são os resultados de abrangência de atendimento e desempenho, correlacionando-os com o repasse de recursos federais. Por esses motivos é correto afirmar, sem julgar a eficiência, que no Programa Previne Brasil há preocupação com a qualidade do gasto público.

As emendas parlamentares que no ano de 2021 representaram 25,29% dos recursos de custeio da saúde primária não podem ficar alheias aos princípios e resultados da política pública da atenção primária à saúde. Por mais que os recursos estejam constitucionalmente à disposição para que os parlamentares destinem os recursos conforme o seu critério é importante informar, orientar e priorizar a política pública de saúde aos parlamentares.

Nos manuais de emendas do Ministério da Saúde disponibilizados aos parlamentares nos anos de 2020 e 2021 não há nenhuma orientação quanto à destinação de recursos para melhor atender política pública de saúde. Também nunca foi disponibilizado aos parlamentares uma ferramenta ou informativo classificando a situação da saúde primária dos municípios por estado.

O fato de o Ministério da Saúde informar a política pública nacional, orientar e disponibilizar ferramentas não vai ofender a autonomia dos parlamentares indicarem suas emendas nem vai caracterizar intervenção de um poder em outro.

O Tribunal de Contas da União, no bojo do Relatório de Auditoria TC-018.272/2018-5, já questionou a pasta de saúde quanto a essa providência, em específico referente ao comando do art. 17 da LC 141/2012, que prevê que a distribuição de recursos aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, conforme segue:

96. Este Tribunal encaminhou o Ofício de Requisição 09-TCU/SeinfraUrbana (peça 20), de 3 de setembro de 2018, ao Ministério da Saúde com a finalidade de saber qual o nível de atuação daquele Ministério na destinação dos recursos de emendas parlamentares individuais à área da saúde, no tocante as diretrizes impostas por essa norma. Em relação aos questionamentos, o MS, por meio



do Ofício 2790/2018/AECI/MS (peça 23), de 25 de setembro de 2018, respondeu:

[...] as emendas parlamentares individuais são instrumentos que os Parlamentares possuem para participar do orçamento anual, visando uma melhor alocação dos recursos públicos, sendo de uso e indicação exclusiva dos mesmos, bem como que ao Fundo Nacional de Saúde –FNS/MS, na condição de órgãos repassador de recursos financeiros, compete precipuamente provisionar recursos aos entes administrativos do Ministério da Saúde (Áreas Finalísticas), encarregados da execução e implementação das atribuições e competências relacionados nos arts. 15 e 16 da Lei 8.080, de 1990, assim como acompanhar, fiscalizar e controlar a correta utilização dos recursos conveniados.

97. Logo, de acordo com a resposta do Ministério da Saúde, o mesmo não realiza gestão para a destinação dos recursos decorrentes de emendas parlamentares individuais de execução obrigatória às questões, em sua avaliação, prioritárias. Assim, caberia ao Fundo Nacional de Saúde apenas repassar os recursos às áreas finalísticas do Ministério da Saúde encarregadas da execução e implementação das atribuições e competências relacionadas nos arts. 15 e 16 da Lei 8080/1990, como acompanhar, fiscalizar e controlar a correta aplicação dos recursos. (TRIBUNAL DE CONTAS, 2018)

Hoje temos como principal ferramenta orientadora para a alocação das emendas parlamentares de saúde o critério político e, de forma acessória, a ferramenta do teto do incremento temporário ao custeio da saúde primária, que se demonstrou pouco efetiva no critério distributivo dos recursos.

Na atual conjuntura da destinação de emendas parlamentares para o custeio da saúde primária, a crítica aos parlamentares quanto à qualidade das indicações deve ser realizada dentro deste contexto no qual o órgão responsável pela política pública falha ao não realizar suas funções. O Ministério da Saúde já possui todas as informações e condições para isso, basta mudar sua forma de atuação.

Conforme podemos constatar no grupo da amostra, há várias disparidades nas indicações de recursos por parte dos parlamentares, mas não podemos concluir que os parlamentares continuariam a seguir apenas o critério político caso lhes fosse disponibilizadas informações técnicas. Não sabemos se as disparidades encontradas permaneceriam na mesma proporção.

É necessário e a saúde pública reclama urgência para que o Ministério da Saúde assuma sua obrigação de zelar e promover as políticas públicas e, aí sim, deixar que os parlamentares respondam à sociedade com suas futuras indicações.

Outro ponto a ser abordado nessa conclusão é quanto ao montante de recursos públicos que passaram à disposição do Congresso Nacional. Os parlamentares ao aumentarem o alcance



sobre valores do orçamento da União criam uma realidade onde passam a fazer gestão de um montante significativo de recursos públicos sem ferramentas e estrutura organizacional para interagir com as políticas públicas do país.

Na prática, a estrutura de cada gabinete parlamentar no ano de 2021 fez a gestão, em média, da indicação de R\$ 57 milhões<sup>25</sup>, que é o valor resultante da divisão do montante das emendas parlamentares RP6, RP7 e RP9 por 594 parlamentares. Não há informação estruturada de como é feita a gestão de todo esse recurso junto às políticas públicas das diversas pastas de governo.

Tomando como ponto de referência apenas a indicação das emendas parlamentares para o custeio da saúde primária pode-se entender que o desafio que se apresenta para agregar qualidade ao gasto público das emendas parlamentares é grande, mas a adoção de práticas simples pode colaborar com a solução desse desafio.

Uma alteração do quadro atual com uma melhor atuação do Ministério da Saúde abriria um novo horizonte a ser pesquisado e avaliado, a efetividade da junção de informações técnicas e normas com o critério político na destinação de recursos públicos.

Havendo um conjunto de informações e dados que indiquem qual a melhor aplicação do gasto público em saúde primária, abre-se a oportunidade para que os parlamentares atuem em consonância com essas informações e alimenta-se o debate público ao permitir questionar as indicações das emendas pelos parlamentares bem como a crítica construtiva quanto à qualidade do gasto público no custeio da saúde primária.

---

<sup>25</sup> SIOP. Consulta Pública. Filtros: ano 2021, resultado primário RP 6, RP 7 e RP 9. Disponível em: [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true). Acessado em: 27 set. 2022.



## REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Unicef Brasil. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 23 set. 2022.

ASSOCIAÇÃO DOS PIAUIENSES DE MUNICÍPIOS. APPM orienta gestores sobre aplicação de recursos das emendas do PAB. **Associação dos Piauienses de Municípios**, 2019. Disponível em: <https://appm.org.br/noticia/appm-orienta-gestores-sobre-aplicacao-de-recursos-das-emendas-do-pab>. Acesso em: 27 jul. 2022.

ATLAS BRASIL. Ranking IDHM Brasil. **AtlasBR**, 2017. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRAGA, Marcus. Debruçando-se sobre a questão da qualidade do gasto público. **Administradores.com**, 2012. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/debrucando-se-sobre-a-questao-da-qualidade-do-gasto-publico>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Presidência da República**, 1988. ISSN 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República**, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Presidência da República**, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Resolução nº 1/2006 do Congresso Nacional. **Presidência da República**, 2006. ISSN 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Congresso/ResCN1-06.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Congresso/ResCN1-06.htm). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. **Presidência da República**, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. **Presidência da República**, 2019. ISSN 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm). Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. **Presidência da República**, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm). Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. **Presidência da República**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1994/decreto-1232-30-agosto-1994-449622-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. **Presidência da República**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm). Acesso em: 23 set. 2022.



BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Presidência da República**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm#art3](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm#art3). Acesso em: 23 set. 2022.

CMO. Câmara dos Deputados. **Comissão Mistas de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização**, 4 dez. 2019. ISSN 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa/2020/tramitacao/parecer-preliminar>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde. **FAQ\_NovoFinanciamento.pdf**, 2019. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/11/FAQ\\_NovoFinanciamento.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/11/FAQ_NovoFinanciamento.pdf). Acesso em: 28 set. 2022.

JÚLIO FRANCISCO GREGORY BRUNET, Clayton B. B. E. A. M. D. A. B. **O Gasto Público no Brasil**. 1ª. ed.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Manual Técnico do Orçamento**. 14ª. ed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203. **Gabinete do Ministro da Saúde**, 05 novembro 1996. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 15 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS - Comissões. **Sistema Único de Saúde**, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Gabinete do Ministro da Saúde**, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso em: 09 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 2.979. **Gabinete do Ministro**, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 25 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Gabinete do Ministro da Saúde**, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222\\_11\\_12\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html). Acesso em: 09 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 488. **Gabinete do Ministro**, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria-488-MS.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-488-MS.htm). Acesso em: 25 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é Atenção Primária. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 1.263, de 18 de junho de 2021. **Gabinete do Ministro da Saúde**, 2021. Disponível em:



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1263\\_18\\_06\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1263_18_06_2021.html). Acesso em: 25 jul. 2022.

MINISTÉRIO DE ORÇAMENTO E GESTÃO. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. **Orçamento Federal**. Disponível em: [http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-aneais/orcamento-1999/Portaria\\_Ministerial\\_42\\_de\\_140499.pdf/](http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-aneais/orcamento-1999/Portaria_Ministerial_42_de_140499.pdf/). Acesso em: 26 set. 2022.

NASCIMENTO, Luciano. Agência Brasil. **Programa Previne Brasil quer incluir 50 milhões de brasileiros no SUS**, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/programa-previne-brasil-quer-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus>. Acesso em: 23 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ministérioda Saúde**, Brasília, 2010. ISSN ISBN 978-85-7967-020-6. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\\_principios\\_epidemiologia\\_2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf). Acesso em: 15 jul 2022.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.098-de-20-de-junho-de-2022-408904817>. Acesso em: 28 set. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. O que é o IDHM. **PNUD no Brasil**. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idhm>. Acesso em: 09 set. 2022.

ROCHA, Fabiana et al. Eficiência na provisão de educação e saúde. In: BOUERI, Rogério; ROCHA, Fabiana; RODOPOULOS, Fabiana **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO E MENSURAÇÃO DA EFICIÊNCIA**. 1ª. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. Cap. 12, p. 463. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/avaliacao-da-qualidade-do-gasto-publico-e-mensuracao-da-eficiencia/2015/30>.

SENADO FEDERAL. Senado Notícias. **Emendas ao Orçamento**. ISSN 1. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso em: 06 jun. 2022.

SILVA, Fernando A. R. D. O controle dos gastos públicos: problemas e sugestões. **Revista do Serviço Público**, Brasília/DF, v. 41, n. 2, p. 17 a 25, 28 jun. 2017. ISSN 1. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2121>. Acesso em: 10 jun. 2022.

TRIBUNAL DE CONTAS. Relatório de Auditoria. **Tribunal de Contas da União**, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/3B/A2/96/38/CC64E610C821D3E6F18818A8/018.272-2018-5%20-%20VR%20-%20emendas%20impositivas.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

