Equidade na distribuição de emendas orçamentárias federais em saúde: uma análise das transferências destinadas aos municípios entre 2015 e 2021

Carla de Barros Reis (Cedeplar/UFMG e Ensp/Fiocruz)
Monica Viegas Andrade (Cedeplar/UFMG)
Kenya Noronha (Cedeplar/ UFMG)
Lucas Resende de Carvalho (Cedeplar/UFMG)
Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz)

Resumo
Este artigo analisa as implicações distributivas das emendas parlamentares federais no financiamento da saúde pública no Brasil, entre 2015 e 2021. A partir de curvas e índices de concentração e da decomposição dos fatores associados, investiga-se se essas transferências favorecem municípios mais vulneráveis e se são guiadas por critérios de necessidade e oferta em saúde. Os resultados indicam um padrão geral favorável às localidades mais vulneráveis, especialmente nas transferências destinadas à atenção básica (IC: -0,10). Contudo, na região mais carente, as emendas tendem a beneficiar municípios relativamente mais ricos. Para a média e alta complexidades (MAC), a distribuição favorece os municípios mais desenvolvidos, do ponto de vista socioeconômico (IC: 0,02 a 0,14). Os fatores relacionados à necessidade e estrutura de oferta em saúde são os elementos mais relevantes para explicar essa desigualdade, enquanto os fatores políticos tendem a reforçar a desigualdade pró-rico na distribuição das emendas para MAC. A relevância do componente residual e seu caráter pró-rico aponta para a existência de outros mecanismos, possivelmente informais ou relacionados a fatores não observados, que influenciam a distribuição dessas emendas. Tal resultado sugere que parte da alocação escapa de critérios objetivos e reforça a necessidade de aprimoramento dos sistemas de monitoramento e rastreamento desses recursos, além da necessidade de um olhar mais refinado sobre os determinantes políticos e institucionais que regem a destinação dos recursos parlamentares no SUS.
Palavras-chave: orçamento público; financiamento da saúde; emendas parlamentares; equidade em saúde; índices de concentração.

Abstract
This article examines the distributive implications of federal parliamentary amendments in the financing of public health in Brazil between 2015 and 2021. Using concentration curves and indices, along with the decomposition of associated factors, the study investigates whether these transfers favor more vulnerable municipalities and whether their allocation follows health needs and service provision criteria. The results reveal a general pattern favoring more vulnerable areas, particularly in transfers directed to primary care (CI: -0.10). However, in the poorest regions, amendments tend to benefit relatively wealthier municipalities. For medium and high complexity care (MAC), the distribution favors more socioeconomically developed municipalities (CI ranging from 0.02 to 0.14). Need and supply-related factors are the most relevant determinants of such inequality, while political factors tend to reinforce pro-rich disparities in MAC funding. The significance of the residual component and its pro-rich orientation suggest the presence of other mechanisms—potentially informal or unobserved—that influence the allocation of these amendments. These findings indicate that a portion of the allocation process eludes objective criteria, highlighting the need to improve tracking and monitoring systems for parliamentary resources, as well as to deepen the understanding of the political and institutional determinants guiding their distribution within the Unified Health System (SUS).
Keywords: public budgeting; health financing; parliamentary amendments; health equity; concentration indices.
Área 7. Economia do Setor Público e Políticas Sociais

1. Introdução

As emendas parlamentares constituem um dos instrumentos pelos quais o Poder Legislativo influencia diretamente o processo orçamentário, permitindo aos parlamentares propor alterações à proposta de lei orçamentária encaminhada pelo Executivo. Até 2013, as emendas individuais possuíam caráter meramente autorizativo, conferindo ampla discricionariedade ao Executivo quanto à sua execução. A partir da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2014, no entanto, observou-se um marco importante nesse arranjo, com a introdução da obrigatoriedade parcial de execução das emendas individuais, posteriormente consolidada pela Emenda Constitucional nº 86 de 2015, conhecida como a Emenda do Orçamento Impositivo.

A referida emenda alterou os artigos 165 e 166 da Constituição Federal ao estipular que 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) do exercício anterior deve ser destinado à execução obrigatória de emendas individuais, sendo 50% desse montante reservado, de forma vinculante, às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Além de estabelecer um piso para sua execução, a norma determinou que tais emendas integrem o cômputo do gasto mínimo constitucional federal em saúde. Esse novo arranjo fiscal, ao fortalecer a descentralização da alocação de recursos, também reduziu o protagonismo da programação centralizada do Ministério da Saúde (MS) na definição das prioridades de gasto público no setor.

A partir da segunda metade dos anos de 2010, as emendas parlamentares ampliaram significativamente sua participação no orçamento do MS, impulsionadas tanto pela obrigatoriedade legal quanto pela intensificação do uso político do orçamento, sobretudo após a institucionalização do chamado orçamento secreto. Em 2016, essas transferências representavam 1,58% da execução orçamentária do MS; em 2022, ultrapassaram 9% (IEPS, 2023). Além das emendas impositivas, o MS tem empenhado volume expressivo de recursos oriundos de emendas não obrigatórias, restringindo sua autonomia na alocação estratégica do orçamento e elevando a influência direta dos parlamentares sobre os destinos dos recursos públicos. Estima-se, por exemplo, que em 2018 o orçamento impositivo totalizou R$ 4,4 bilhões, enquanto o volume empenhado com emendas parlamentares foi de R$ 8,8 bilhões, equivalendo a cerca de 7,5% do total das despesas com ASPS (PIOLA e VIEIRA, 2019; VIEIRA, 2022).

À semelhança de outros componentes do gasto público, as emendas parlamentares devem ser avaliadas sob os critérios constitucionais de eficácia, efetividade e eficiência, especialmente no que tange à sua aderência a parâmetros técnicos de equidade e de necessidade social. No campo da saúde, a alocação equitativa de recursos públicos requer atenção às desigualdades estruturais nos determinantes sociais e epidemiológicos, de modo a favorecer populações mais vulneráveis e regiões com maior carência de infraestrutura e serviços (CARNUT, MENDES e LEITE, 2020; PORTO et al.,

2007; LANE et al., 2017). A qualidade da despesa pública em saúde, portanto, demanda mecanismos de alocação que incorporem essas heterogeneidades territoriais e sociais.

A literatura especializada aponta duas abordagens principais para avaliar a equidade na alocação das emendas parlamentares federais no financiamento da saúde: a distribuição em favor dos municípios mais pobres e a priorização de localidades com maiores necessidades sanitárias. Considerando a sobreposição parcial entre pobreza e carência em saúde, a expectativa é que ambas as abordagens levem a uma alocação pró municípios mais vulneráveis. Há evidências de que o desenho institucional da distribuição, baseado na representação parlamentar por unidade federativa, beneficia regiões menos desenvolvidas, contribuindo para a redução das desigualdades regionais. Além disso, parlamentares tenderiam a alocar recursos em áreas com maior carência social, visando maximizar o retorno eleitoral de suas ações (BAIÃO, COUTO e OLIVEIRA, 2019; BERTHOLINI, PEREIRA e RENNÓ, 2018).

Empiricamente, estudos indicam que municípios com menor PIB per capita e baixos índices de emprego formal apresentam maior probabilidade de receber recursos via emendas parlamentares, o que pode refletir em avanços em indicadores sociais e de saúde, como a redução da mortalidade infantil (CARVALHO, 2007; TORRES, BASTOS e GAMA, 2020; PEREIRA e RENNÓ, 2015). No entanto, essa aparente orientação redistributiva é contrabalançada por fatores político-institucionais que influenciam a alocação dos recursos. A capacidade administrativa local, o cumprimento de exigências fiscais e a existência de conselhos e fundos municipais são determinantes importantes para o acesso às emendas. Além disso, o alinhamento político entre o parlamentar e o chefe do executivo local pode favorecer a destinação de recursos, sugerindo que interesses políticos frequentemente se sobrepõem aos critérios técnicos ou às reais necessidades em saúde (BAIÃO, 2016; MEDINA, 2021; PIOLA e VIEIRA, 2019).

No financiamento da Atenção Básica, por exemplo, embora as emendas sigam padrões semelhantes aos do PAB-Fixo, sua natureza discricionária e não universal fragiliza o papel coordenador do Ministério da Saúde, comprometendo o princípio da equidade. Ainda que os recursos cheguem a regiões mais pobres, a ausência de critérios uniformes e a possibilidade de superposição de emendas parlamentares em um mesmo território dificultam a isonomia entre localidades com necessidades semelhantes. Desse modo, a literatura sugere que, embora as emendas possam ter efeitos redistributivos, esses são condicionados por fatores políticos e institucionais que reduzem a eficácia equitativa dessas transferências (VIEIRA e LIMA, 2022; PIOLA e VIEIRA, 2019).

Com base em uma ampla base de dados extraída de sistemas públicos de informação, este estudo analisa os efeitos distributivos das transferências realizadas por meio das emendas parlamentares à saúde, com foco na qualidade do gasto público sob a ótica da equidade. Especificamente, investiga-se se tais transferências beneficiam mais os municípios com maior vulnerabilidade socioeconômica

em comparação aos repasses regulares do SUS; e se fatores relacionados à necessidade e à oferta de serviços em saúde explicam as desigualdades na distribuição desses recursos. A metodologia se fundamenta no uso de índices e curvas de concentração, amplamente empregada na literatura de desigualdade de renda, aplicada às transferências de emendas destinadas aos municípios no período de 2015 a 2021.

O restante do artigo está organizado da seguinte maneira. A seção 2 descreve os dados e os modelos utilizados, enquanto os principais resultados são apresentados na seção 3. Por fim, os achados são discutidos à luz da literatura empírica na seção 4.

2. Métodos

2.1 Bases de Dados

As principais fontes de dados relacionados à execução de emendas parlamentares na área da saúde no Brasil referem-se à plataforma Siga Brasil do Senado Federal, ao Portal da Transparência da Controladoria Geral da União, ao Portal Emendas do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e, por fim, às informações da Assessoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (CONOF) da Câmara dos Deputados. Entretanto, essas bases de dados apresentam registros controversos entre si. A literatura especializada aponta o *Siga Brasil* como a base mais fidedigna para análise da alocação de emendas por execução de programação (EP) municipal, sobretudo após a aplicação de metodologias de correção propostas por Piola e Vieira (2019), Benevides (2021) e Vieira (2022). Este trabalho se beneficia dessa base de dados revisada para os anos entre 2015 e 2020.[1] Recentemente, a base de dados foi atualizada e conta com informações compiladas do total de emendas parlamentares da área da saúde recebidas por cada município brasileiro, segundo áreas de aplicação dos recursos. Utiliza-se os valores totais, sem desagregação por grupos de natureza de despesa. Delimitou-se o recorte temporal entre os anos de 2015 e 2021 e os valores são corrigidos pelo IPCA e trazidos a valor constante de 2021.

Complementarmente, são utilizados dados sobre receitas e despesas públicas em saúde provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que disponibiliza informações detalhadas sobre a execução orçamentária dos entes subnacionais desde 2002. A partir dessa base, foram extraídos indicadores como o gasto total e per capita em saúde e as transferências federais ao SUS. Além das variáveis fiscais, o estudo incorpora dados sociodemográficos e institucionais extraídos de diversas fontes públicas. Informações sobre

[1] A base de dados com as informações sobre emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS, a partir do método de estimação dos repasses a cada município favorecido, para o período 2015 a 2020, encontra-se disponível no Repositório do Conhecimento do IPEA: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10908

população, renda e estrutura administrativa municipal são obtidas do Censo Demográfico, da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) e das Contas Nacionais, todas produzidas pelo IBGE. Indicadores relativos à oferta, demanda e condições de saúde da população foram extraídos das bases do DATASUS (SIM, SINASC, CNES, SIH, SIA, SVS), da ANS e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Por fim, dados políticos, como o alinhamento partidário entre deputados e chefes dos executivos, foram obtidos a partir das informações do Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Vale destacar ainda que foram utilizadas as informações do Siga Brasil sobre as transferências de emendas individuais (EPIs) para o computo do alinhamento partidário.

2.2 Equidade na distribuição de emendas: Índices e Curvas de Concentração

A metodologia empregada neste estudo baseia-se na construção de curvas e índices de concentração para avaliar a distribuição das emendas parlamentares na saúde entre os municípios brasileiros, com base em sua situação socioeconômica. Esse procedimento permite verificar se os critérios de alocação favorecem proporcionalmente os municípios mais vulneráveis em termos de necessidades de saúde (WAGSTAFF et al., 2011). Para isso, a curva de concentração é traçada relacionando a proporção acumulada das transferências federais per capita via emendas com a proporção acumulada dos municípios, ordenados por PIB per capita. A linha de 45° representa a igualdade: desvios acima ou abaixo dessa linha indicam distribuição pró-municípios vulneráveis ou pró-municípios ricos, respectivamente. Essa análise será conduzida para o período de 2015 a 2021, com desagregações por regiões, porte populacional e níveis de complexidade da atenção.

Adicionalmente, serão estimadas curvas de concentração para os repasses federais regulares do SUS, permitindo comparar a equidade entre esses dois tipos de transferências. A comparação entre curvas será complementada por testes de dominância estocástica, com base na Abordagem de Comparação Múltipla (Multiple Comparison Approach – MCA), como recomendado por O'Donnell et al. (2007). Para verificar se uma curva domina outra, considera-se que ao menos um dos 19 quantis (distribuídos do percentil 5 ao 95) deve apresentar diferença estatisticamente significativa. Dessa forma, é possível identificar se há desigualdade social estatisticamente diferente na distribuição de emendas entre regiões ou portes municipais.

O índice de concentração (IC), associado às curvas de concentração, será utilizado para quantificar a desigualdade socioeconômica na distribuição das emendas. Esse índice é calculado como o dobro da área entre a curva de concentração e a linha de igualdade, e pode ser expresso pela equação 1:

$$IC = \frac{2}{\mu} COV(h_i, r_i) \qquad (1)$$

onde μ é a média das transferências per capita de recursos recebidos pelos municípios via emendas orçamentárias em saúde, *COV* é a covariância, h_i é o valor das emendas per capita e r_i é a classificação do município i na distribuição do status socioeconômico. Portanto, assume-se que os municípios são classificados do nível socioeconômico mais baixo para o mais alto. O IC varia de -1 (distribuição completamente pró-municípios pobres) a +1 (pró-municípios ricos), sendo zero no caso de igualdade absoluta (Doorslaer e Ourti, 2011).

A estimação do índice será realizada por meio de regressão linear, conforme sugerido por Kakwani (1977), em que a variável dependente corresponde a uma transformação da variável de interesse em função da variância do PIB per capita, e a variável independente é a posição relativa do município na distribuição socioeconômica acumulada. A equação é dada por:

$$2\sigma_r^2\left(\frac{h_i}{\mu}\right) = \alpha + \beta r_i + \varepsilon_{i,} \qquad (2)$$

O coeficiente estimado β refere-se ao IC.

2.3 Decomposição do Índice de Concentração

A partir do cálculo do Índice de Concentração (IC), emprega-se o método de decomposição para identificar os fatores que mais contribuem para a desigualdade na distribuição das emendas parlamentares na área da saúde. Esse método permite desagregar o IC em componentes associados a variáveis explicativas observáveis, sendo possível mensurar a contribuição relativa de cada uma delas. Cada componente é definido pelo produto entre a elasticidade da variável de saúde em relação ao fator explicativo e o grau de desigualdade socioeconômica desse fator, refletido em seu próprio índice de concentração. Assim, quanto maior a sensibilidade da variável de interesse e mais concentrada for sua distribuição em relação à renda, maior será sua contribuição para o IC total (WAGSTAFF et al., 2011).

Para o modelo de regressão linear aditivo tal como:

$$h = \alpha + \Sigma_k \beta_k x_k + \varepsilon, \qquad (3)$$

onde h é a variável de emendas per capita em saúde, o índice de concentração para *h, IC,* pode ser escrito da seguinte forma:

$$IC = \Sigma_k\left(\frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu}\right) IC_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu} \qquad (4)$$

onde μ é a média de h, $\bar{x_k}$ é a média de x_k, IC_k é o índice de concentração para os k determinantes x_k, e GC_ε é o índice de concentração generalizado do termo de erro, refletindo a desigualdade residual não explicada pelos regressores. A primeira parte da equação refere-se à porção explicada da desigualdade, e a segunda, ao componente não explicado (WAGSTAFF et al., 2011). As contribuições absolutas e percentuais de cada variável para o IC total são obtidas, respectivamente, pela

multiplicação da elasticidade pelo IC da variável e pela divisão dessa contribuição absoluta pelo IC global.

As variáveis explicativas incluídas no modelo são os atributos associados ao recebimento de emendas orçamentárias e de outras transferências federais de saúde pelos municípios, identificados na literatura. Dentre essas, destacam-se atributos socioeconômicos e de necessidade em saúde, como taxa de analfabetismo, indicadores de infraestrutura básica (abastecimento de água e esgoto) e composição populacional (PARMAGNANI; ROCHA, 2017; BROLLO; NANNICINI, 2011; KUENKA et al., 2022). Tais fatores pressionam a demanda por serviços e influenciam a alocação de recursos. Além disso, há evidências de que regiões com maiores carências tendem a gerar maior retorno político para parlamentares, o que pode afetar a alocação de emendas (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2019; PEREIRA; RENNÓ, 2015).

No que tange à oferta, municípios com maior infraestrutura em saúde, especialmente os que concentram serviços de alta complexidade, atraem maior volume de repasses por atenderem uma população ampliada, inclusive de municípios vizinhos. Por outro lado, a atenção primária segue diretrizes equitativas do SUS, priorizando regiões mais vulneráveis (GOMES; BASTOS; ALMEIDA, 2022; KUENKA et al., 2022). Para operacionalizar esses fatores, foram construídos dois componentes principais por meio de Análise Fatorial Exploratória[2]: o Índice de Necessidade em Saúde, baseado em variáveis socioeconômicas e de demanda, e o Índice de Oferta em Saúde, a partir de variáveis como cobertura de Equipes de Saúde da Família e número de hospitais públicos.

Incluem-se ainda no modelo indicadores de capacidade técnico-burocrática, que influenciam a habilidade dos municípios em captar recursos. A literatura aponta que estruturas administrativas mais qualificadas tendem a obter melhores resultados nesse processo (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2019). Utiliza-se, como proxy, a escolaridade do gestor municipal de saúde, distinguindo se possui ou não ensino superior completo. Esse fator é fundamental para interpretar o grau de autonomia e competência técnica dos municípios na gestão orçamentária.

QUADRO 1 – Variáveis relacionadas à atração de transferências federais de saúde

Nome	**Descrição**	**Fonte**	**Período**	**Literatura**
Fatores Sociodemográficos				
Razão de dependência	Razão entre pop economicamente dependente (0-15 e 65+) e pop potencialmente produtiva (15-64 anos)	IBGE/Censo Demográfico	2010	Cabral et al. (2019); Torres (2020); Parmagnani e Rocha (2017); Silva et al. (2018);

[2] No ajuste do modelo de Análise Fatorial, adotou-se uma abordagem multicritérios para a determinação do número de fatores a serem extraídos. Utilizaram-se o critério do autovalor ou de Kaiser, o critério do diagrama de declividade (*Scree test*) e o critério da porcentagem de variância acumulada de patamar mínimo de 60% da variância total (FIGUEIREDO e SILVA,2010). Após a extração dos componentes principais, o método *varimax* de rotação ortogonal foi adotado, a fim de maximizar a dispersão das cargas dentro dos fatores. O Teste de Bartlett e de Kaiser-Meyer-Olkim foram utilizados para analisar a qualidade do ajuste da Análise Fatorial (FIELD, 2009). Os resultados da AF se encontram no Apêndice.

Urbanização	% população que vive na área urbana	IBGE/Censo Demográfico	2010	Gomes, Bastos e Almeida (2022); Brollo e Nannicini (2011); Ferreira, Alves e Caldeira (2018);
Taxa de analfabetismo	Pessoas com 15+ que não sabem ler e escrever	IBGE/Censo Demográfico	2010	Cabral et al. (2019); Gomes, Barbosa e Lucena (2020); Frio, Triaca e Fochezatto (2017); Silva et al. (2020); Brollo e Nannicini (2011);
Fatores de Demanda				
Mortalidade Infantil	Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos	IBGE/Censo Demográfico	2010	Kuenka et al. (2022); Pereira e Rennó (2015)
Pobreza	Percentual da população residente com renda domiciliar mensal per capita de até meio salário-mínimo	IBGE/Censo Demográfico	2010	Baião, Couto e Oliveira (2019); Orellano e Tellini (2022); Gomes, Bastos e Almeida (2022)
Abastecimento de Água e Esgoto	Percentual da população em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	IBGE/ Censo Demográfico	2010	Silva et al. (2020); Lima, Justo e Silva (2022); Cabral et al. (2019); Parmagnani e Rocha (2017); Brollo e Nannicini (2011)
Fatores de Oferta				
Hospitais SUS	Número de hospitais que atendem apenas ao SUS	CNES	Média no período de 2015 a 2021	Kuenka et al. (2022)
Cobertura Estratégia Saúde da Família	Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)	SAPS/MS	Média no período de 2015 a 2020	Parmagnani e Rocha (2017); Gomes, Bastos e Almeida (2022)
Cobertura Plano de Saúde	Percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde	ANS	Média no período de 2015 a 2020	Torres (2020)
Médicos	Número de médicos por mil habitantes	CNES e IBGE	Média no período de 2015 a 2021	Kuenka et al. (2022); Gomes, Bastos e Almeida (2022); Flach, Mattos e Mendes (2017)
Capacidade Técnico-burocrática				
Escolaridade Gestor de Saúde	Gestor municipal de saúde possui nível superior	IBGE/MUNIC	2018	Baião, Couto e Oliveira (2019)
Fatores Políticos				
Alinhamento Político Prefeito/Presidente	Alinhamento do partido do prefeito com o partido do presidente	TSE	2017 a 2020	Mendes e Chein (2017); Pereira e Rennó (2015); Parmagnani e Rocha (2017)
Alinhamento Político Prefeito/Governador	Alinhamento do partido do prefeito com o partido do governador	TSE	2017 a 2020	Mendes e Chein (2017); Pereira e Rennó (2015); Parmagnani e Rocha (2017)
Alinhamento Político Prefeito/Governador/Presidente	Alinhamento do partido do prefeito, governador e presidente	TSE	2017 a 2020	Mendes e Chein (2017); Pereira e Rennó (2015); Parmagnani e Rocha (2017)
Alinhamento Político Prefeito/Partido Deputado	Alinhamento do partido do prefeito com os partidos que mais enviaram emendas individuais ao município através das decisões de alocação dos deputados federais	Siga Brasil e TSE	Período entre 2017 e 2020	Adaptação a partir de Baião, Couto e Oliveira (2019)

Fonte: elaboração do autor.

Por fim, encontram-se evidências empíricas em torno da interferência política no fornecimento e alocação de recursos na área da saúde. Como identificado na literatura de economia política, o prefeito representa uma figura-chave no processo de intermediação entre o deputado e o eleitorado (PEREIRA e RENNÓ, 2015). Sendo assim, como o município é a unidade de análise deste trabalho, constroem-se variáveis de alinhamento político-partidário entre o prefeito e demais atores, como o governador, o presidente e os dois partidos que mais enviaram emendas individuais ao município através da decisão de alocação dos deputados federais. O alinhamento partidário entre os atores políticos tem como referência o partido do prefeito na candidatura 2017-2020. Como este período coincide com duas candidaturas do Executivo federal e estadual, calcula-se o alinhamento do prefeito com os partidos dos dois governadores e dos dois presidentes que governaram nos períodos 2017/2018 e 2019/2020. Além disso, calcula-se o alinhamento simultâneo entre os três atores – prefeito, governador e presidente – para ambos os períodos. As evidências sugerem que o alinhamento político[3] tende a favorecer o recebimento de transferências federais na área da saúde (MENDES e CHEIN, 2017; PARMAGNANI e ROCHA, 2017; BAIÃO, COUTO e OLIVEIRA, 2019).

3. Resultados

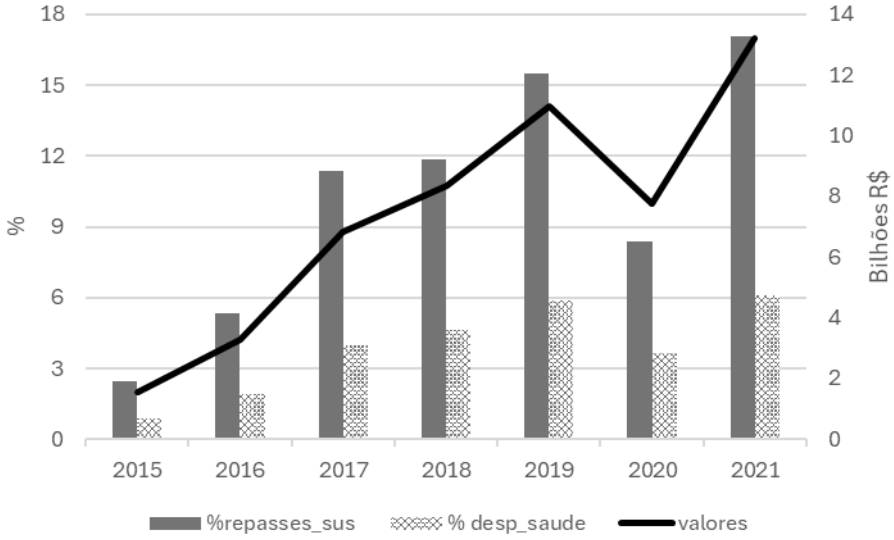
A Figura 1 ilustra a evolução temporal dos valores totais das emendas parlamentares direcionadas ao financiamento da saúde, corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a preços constantes de 2021. Observa-se que os repasses aos municípios por meio desse mecanismo cresceram de R$ 1,56 bilhão em 2015 para R$ 13,22 bilhões em 2021. O crescimento foi relativamente contínuo até 2019, seguido de uma retração em 2020, atribuída, em grande medida, à reorientação emergencial dos recursos para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, com foco na ampliação da infraestrutura hospitalar. Em 2021, os valores voltaram a subir, atingindo o patamar mais elevado da série analisada. Esses resultados corroboram evidências anteriores sobre a intensificação do uso das emendas parlamentares como instrumento de alocação orçamentária no setor da saúde.

As emendas parlamentares destinadas à saúde corresponderam, em média, a 10% do total de transferências do Ministério da Saúde para os municípios no período analisado, oscilando entre 2,5%

[3] Adotou-se uma medida conservadora de alinhamento político, uma vez que foi considerado como base de análise o partido do candidato eleito, ao invés da coligação. Diferentemente da Federação - que possui um caráter mais permanente, abrangência nacional e afinidade programática - a coligação extingue-se após o pleito, já que possui finalidade eleitoral e não guarda obrigatoriedade de vinculação em âmbito nacional, estadual e municipal. Como a base de cálculo do alinhamento considera a candidatura municipal 2017-2020, torna-se difícil a mensuração do indicador. Além disso, as coligações para eleições proporcionais foram extintas em 2017, valendo apenas para as disputas dos cargos majoritários. Já as federações foram criadas em 2021, fora do nosso período de análise.

e 17,1% entre 2015 e 2021. Essa proporção se mostra significativamente mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, bem como nos municípios de menor porte populacional, onde os percentuais atingem 18,5%, 13,7% e 23,7%, respectivamente, conforme detalhado na Tabela 1. Tais dados indicam que, em termos proporcionais, essas localidades se beneficiam em maior grau do montante de emendas, quando comparadas à média nacional de repasses regulares realizados pelo Ministério da Saúde.

FIGURA 1 – Transferências via emendas parlamentares federais em saúde aos municípios brasileiros, em valores reais de 2021 e como proporção dos repasses federais ao SUS e das despesas municipais em saúde – 2015 a 2021



Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.

No âmbito das despesas municipais com saúde, observa-se que os recursos provenientes de emendas parlamentares passaram a representar, ao longo do período analisado, uma fração crescente do financiamento do setor. Inicialmente inferiores a 1%, essas transferências atingiram mais de 6% do total dos gastos municipais em saúde em 2021, resultando em uma média de aproximadamente 4% no intervalo avaliado. Essa participação, no entanto, não é homogênea entre os diferentes contextos regionais e populacionais. Conforme indicado na Tabela 1, observa-se que, em relação à média do país, as regiões Norte e Nordeste e os municípios de pequeno porte parecem depender mais deste tipo de transferência de recursos, já que as emendas se encontram em torno de 8% das despesas municipais em saúde nestas localidades.

A Tabela 2 apresenta uma análise comparativa entre a distribuição relativa dos recursos financeiros e a distribuição populacional dos municípios, segmentados por região geográfica e porte populacional. Nota-se que os repasses federais regulares do SUS tendem a acompanhar de forma proporcional tanto a distribuição das despesas municipais em saúde quanto a da população residente. Especificamente, as regiões Sudeste e Nordeste concentram, em conjunto, aproximadamente 70% dos repasses do Ministério da Saúde, percentual semelhante ao observado na participação dessas

regiões nas despesas em saúde e na composição populacional nacional. Por sua vez, os municípios localizados nas regiões Norte e Centro-Oeste recebem parcelas menores dos recursos, em consonância com sua menor representatividade no gasto em saúde e na população total. Considerando que os níveis de despesa e a densidade populacional constituem proxies relevantes das necessidades em saúde, infere-se que a lógica distributiva dos repasses ministeriais apresenta razoável aderência à demanda observada no território nacional.

TABELA 1 – Transferências via emendas orçamentárias federais em saúde aos municípios brasileiros, em valores reais de 2021 e como proporção dos repasses federais SUS e das despesas municipais em saúde, segundo grande região e porte populacional dos municípios – acumulado no período 2015-2021

	Valor Total (Milhões)	**% dos Repasses SUS**	**% das Despesas em Saúde**
Brasil	52.000	10,49	3,96
Grande Região			
Norte	6.607	18,51	8,44
Nordeste	21.128	13,70	7,09
Centro-Oeste	3.712	9,91	3,86
Sudeste	14.988	7,67	2,37
Sul	5.565	7,62	2,67
Porte Populacional			
Pequeno I	17.199	23,68	8,30
Pequeno II	12.311	17,26	6,70
Médio	6.559	11,23	4,68
Grande	15.930	5,43	2,04

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
Porte Populacional: Pequeno I (≤ 20 mil hab.); Pequeno II (> 20 e ≤ 50 mil hab.); Médio (> 50 e ≤ 100 mil hab.); e Grande (> 100 mil hab.)

Ao se contrastar a distribuição das transferências oriundas de emendas parlamentares com a dos repasses regulares do SUS, verifica-se uma modificação na participação relativa das regiões brasileiras. Observa-se que, no âmbito das emendas, há um incremento na proporção de recursos alocados às regiões Norte e Nordeste, enquanto as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul passam a deter uma fatia proporcionalmente menor. A título de exemplo, os municípios da região Norte, que recebem 7,2% dos repasses regulares do Ministério da Saúde, concentram 12,7% dos valores transferidos por meio de emendas parlamentares. Em contraposição, os municípios da região Sudeste, que são destinatários de 39,4% dos repasses federais, captam apenas 28,8% dos recursos oriundos de emendas. Enquanto a região Nordeste capta a maior parcela das transferências de emendas, a região Sudeste recebe a maior parcela de repasses do Ministério da Saúde. Nota-se, portanto, que apesar das emendas também respeitarem a lógica da demanda por saúde - já que as regiões Nordeste e Sudeste ainda são mais beneficiadas – sua distribuição revela um padrão que, em termos proporcionais, favorece regiões de menor dinamismo econômico, refletindo uma possível função redistributiva complementar às transferências regulares do SUS.

TABELA 2 – Comparação das distribuições relativas das transferências federais de emendas orçamentárias à saúde, dos repasses federais SUS, das despesas municipais em saúde e da população, segundo grandes regiões e porte populacional dos municípios – acumulado no período 2015-2021

	% Emendas	% Repasses SUS	% Despesas Saúde	% População
Grande Região				
Norte	12,71	7,20	5,96	8,72
Nordeste	40,63	31,10	22,71	27,41
Centro-Oeste	7,14	7,56	7,32	7,50
Sudeste	28,82	39,41	48,14	42,08
Sul	10,70	14,73	15,87	14,30
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Porte Populacional				
Pequeno I	33,08	14,65	15,78	15,46
Pequeno II	23,68	14,39	13,99	16,08
Médio	12,61	11,78	10,69	11,62
Grande	30,64	59,18	59,54	56,84
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
Porte Populacional: Pequeno I (≤ 20 mil hab.); Pequeno II (> 20 e ≤ 50 mil hab.); Médio (> 50 e ≤ 100 mil hab.); e Grande (> 100 mil hab.)

Com base na Tabela 2, a análise da distribuição das transferências por porte populacional evidencia disparidades que vão além da dimensão demográfica e tocam diretamente na heterogeneidade das capacidades institucionais e de gestão dos entes subnacionais. De modo geral, os repasses regulares do SUS seguem uma lógica proporcional às despesas em saúde e ao contingente populacional dos municípios. Municípios de grande porte concentram cerca de 60% dos repasses federais e apresentam participação equivalente tanto nas despesas em saúde quanto na população residente.

Contudo, a distribuição relativa das emendas distorce um pouco a lógica das necessidades de saúde medidas apenas pelo tamanho populacional, ao favorecer mais que proporcionalmente os municípios de pequeno porte. Aqueles com até 20 mil habitantes, que representam apenas 15% da população nacional, absorvem expressivos 33% do total de emendas voltadas à saúde. Quando se amplia o grupo para municípios com até 50 mil habitantes, observa-se que eles captam aproximadamente 57% dessas transferências, ao passo que sua participação nos repasses regulares do SUS limita-se a 29%. Esse descompasso entre as duas fontes de financiamento torna-se ainda mais evidente quando se observa a participação dos grandes municípios, cuja parcela nos repasses fundo a fundo do SUS é o dobro da verificada nas transferências por emendas.

A Figura 2 apresenta as curvas de concentração para as transferências federais em saúde — tanto as regulares do SUS quanto aquelas provenientes de emendas parlamentares — expressas em valores per capita. Ambas as curvas se situam acima da linha de igualdade, indicando uma destinação proporcionalmente maior de recursos para municípios em condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Entretanto, as transferências oriundas de emendas orçamentárias demonstram uma

inclinação ainda mais acentuada nesse sentido, com índice de concentração (IC) de -0,09, frente ao valor de -0,03 observado para os repasses do Ministério da Saúde. Esse resultado revela que, embora os repasses SUS apresentem uma distribuição equitativa entre os municípios, são as emendas parlamentares que expressam um perfil distributivo mais progressivo, priorizando, em média, os entes mais pobres.

Ao desagregar os resultados por região, observam-se padrões heterogêneos. A Figura 3 revela que todas as regiões, com exceção da Norte, apresentam distribuição de emendas per capita pró-municípios mais vulneráveis estatisticamente significativa. As regiões Sudeste e Centro-Oeste se destacam com os maiores efeitos redistributivos favoráveis aos municípios mais pobres, apresentando IC de -0,07 e -0,05, respectivamente. Em contraste, a região Norte apresenta uma inversão desse padrão, com concentração pró-rico — ou seja, os recursos se concentram nos municípios de melhor desempenho socioeconômico. A análise de dominância (Tabela 3) confirma esse achado, evidenciando que a curva da região Norte é superada por todas as demais, e que apenas o Sudeste apresenta dominância sobre o Nordeste. Os achados indicam que, mesmo quando as regiões Norte e Nordeste recebem volumes proporcionais elevados de emendas, há uma tendência de concentração desses recursos nos municípios relativamente mais ricos dentro dessas regiões, sobretudo em comparação com o Sudeste. No que tange ao porte dos municípios, todas as curvas de concentração estão acima da linha de igualdade, evidenciando que as desigualdades são estatisticamente significativas a favor dos que estão em pior situação socioeconômica. Pela análise de dominância, tem-se que os municípios com população entre 20 e 100 mil habitantes são mais equitativas que aqueles com menos de 20 mil habitantes (Pequeno I), com IC de -0,12 e -0,15, respectivamente. Logo, entre os menores municípios, aqueles mais ricos são beneficiados com recursos de emendas.

As Figuras 4 e 5 aprofundam a análise distributiva ao desagregar as transferências federais em saúde por nível de complexidade da atenção. No âmbito da atenção básica, tanto as transferências regulares do SUS quanto as oriundas de emendas parlamentares apresentam curvas de concentração situadas acima da linha de igualdade, refletindo uma distribuição equitativa. Os índices de concentração são bastante similares (IC: -0,10 para emendas e IC: -0,09 para repasses SUS), e ambos estatisticamente significativos ao nível de 1%, o que sugere que, para esse nível de atenção, os recursos federais têm sido alocados de forma a priorizar os municípios em condições socioeconômicas mais frágeis. Entretanto, esse padrão se inverte quando o foco recai sobre os recursos destinados à média e alta complexidades. As curvas de concentração indicam, nesse caso, uma distribuição pró-rico, evidenciada por índices positivos: IC de 0,02 para emendas e de 0,14 para repasses do SUS. Esse resultado está alinhado com a realidade da oferta de serviços mais especializados no Brasil, que tende a se concentrar em municípios com maior estrutura técnica, hospitalar e administrativa — geralmente, os de maior PIB per capita. A lógica implícita é que a

capacidade instalada para receber recursos destinados a procedimentos de média e alta complexidades é menor nos municípios mais pobres, limitando seu acesso a esse tipo de transferência.

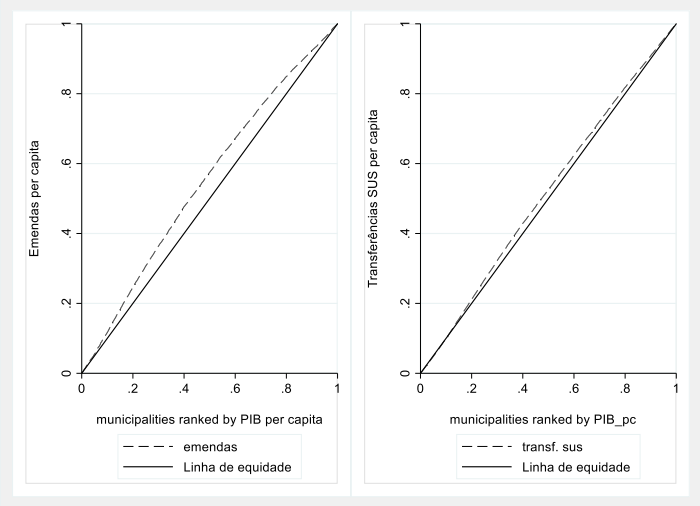
Cabe destacar, contudo, que mesmo no caso das transferências voltadas à média e alta complexidades, as emendas parlamentares apresentam um perfil distributivo menos desigual do que os repasses regulares do SUS. O menor índice de concentração (IC: 0,02) das emendas nesse nível sugere uma alocação relativamente mais equilibrada, ainda que pró-rica. Isso pode estar associado à maior discricionariedade na alocação desses recursos, permitindo que parlamentares direcionem emendas para municípios que, apesar de menos estruturados, possuem alguma influência política ou demanda local específica.

TABELA 3 – Resultados dos Testes de Dominância MCA entre as Curvas de Concentração das Emendas per capita, para as Grandes Regiões e Portes Populacionais, acumulado no período 2015-2021

	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste
Norte (N)				
Nordeste (NE)	NE			
Centro-Oeste (CO)	CO	§		
Sudeste (SE)	SE	SE	§	
Sul (S)	S	§	§	§
	Pequeno I	Pequeno II	Médio	
Pequeno I (P1)				
Pequeno II (P2)	P2			
Médio (M)	M	§		
Grande (G)	§	§	§	

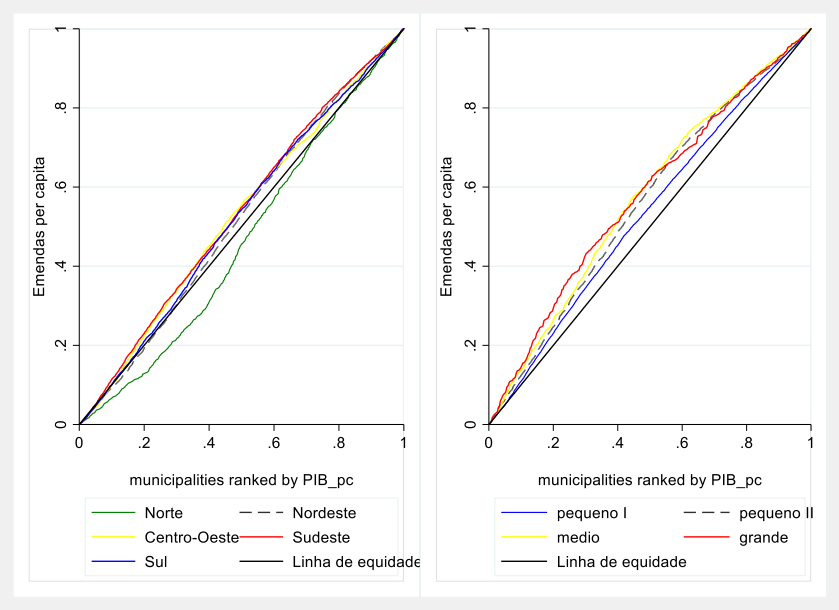
Legenda: N: Norte domina; NE: Nordeste domina; CO: Centro-Oeste domina; SE: Sudeste domina; S: Sul domina; P1: Pequeno I domina; P2: Pequeno II domina; M: Médio domina; G: Grande domina; §: sem dominância estatística entre o par de curvas. Significância estatística ao nível de 5%.

FIGURA 2 – Curvas de Concentração para as distribuições das transferências de emendas orçamentárias federais em saúde das transferências SUS per capita aos municípios brasileiros – acumulado no período 2015-2021



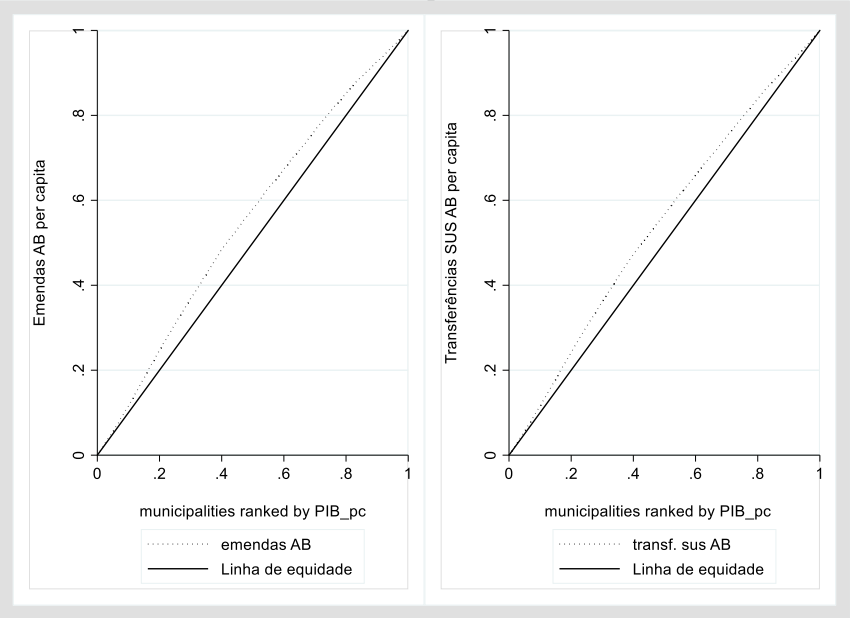
Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
Emendas per capita: IC= -0,09***
Transferências SUS per capita: IC= -0,03***

FIGURA 3 – Curvas de Concentração para as distribuições das transferências de emendas orçamentárias federais em saúde per capita aos municípios brasileiros, segundo grande região e porte populacional – acumulado no período 2015-2021



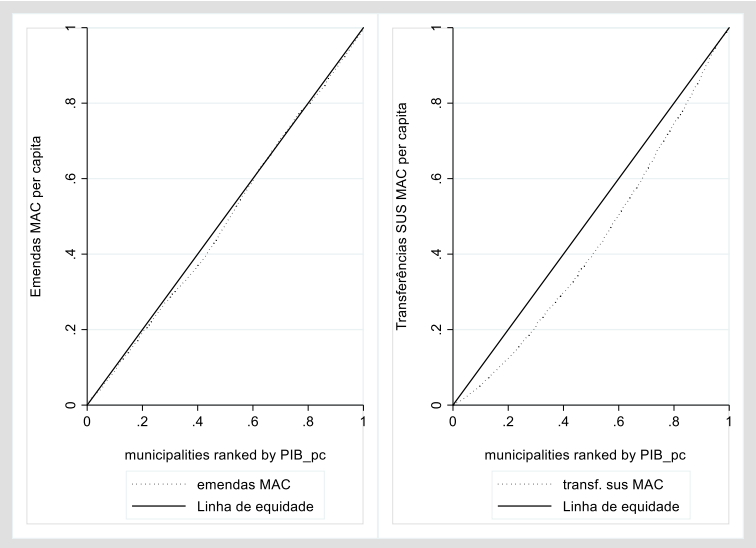
Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
IC_{NO} = 0,08***; IC_{ND} = -0,03***; IC_{CO} = -0,05***; IC_{SD} = -0,07***; IC_{SU} = -0,04***
$IC_{pequeno\ I}$ = -0,06***; $IC_{pequeno\ II}$ = -0,12***; $IC_{médio}$ = -0,15***; IC_{grande} = -0,15***

FIGURA 4 – Curvas de Concentração para as distribuições das transferências de emendas orçamentárias federais em saúde e das transferências SUS per capita para Atenção Básica dos municípios brasileiros – acumulado no período 2015-2021



Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
AB: Atenção Básica
Emendas AB per capita: IC= -0,10***
Transferências SUS AB per capita: IC= -0,09***

FIGURA 5 – Curvas de Concentração para as distribuições das transferências de emendas orçamentárias federais em saúde e das transferências SUS per capita para Média e Alta Complexidade dos municípios brasileiros – acumulado no período 2015-2021



Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Siga Brasil/Senado Federal, SIOPS/MS e IBGE.
MAC: Média e Alta Complexidade
Emendas MAC per capita: IC= 0,02*
Transferências SUS MAC per capita: IC= 0,14***

O índice de concentração das transferências de emendas pode ser decomposto de forma a entender a contribuição de cada um dos fatores para exlicar a desigualdade socioeconômica na distribuição das emendas parlamentares de saúde entres os municípios. Os resultados são apresentados em termos da sensibilidade, da desigualdade e das contribuições de cada variável para a desigualdade geral. Se o IC Total for negativo (positivo), uma contribuição negativa (positiva) indica que a variável reforça o caráter pró-municípios vulneráveis (pró-municípios ricos) da distribuição, enquanto uma contribuição positiva (negativa) sugere um efeito atenuador desse aspecto.

O índice de concentração do total de emendas, na Tabela 4, mostra desigualdade favorável aos municípios mais pobres. Os fatores relacionados à necessidade e estrutura de oferta em saúde são os elementos mais relevantes para explicar essa desigualdade. A sensibilidade do indicador de necessidade é positivo, sugerindo que quanto maior as carências socioeconômicas e de saúde do município, maior a atração de emendas. Seu IC apresenta sinal negativo, sinalizando o caráter equalizador do indicador. Por outro lado, a elasticidade do indicador de oferta é negativa, sinalizando que quanto maior a estrutura de oferta de saúde, menor o fluxo de emendas para o município. O IC da oferta é positivo, apresentando o caráter pró-rico desse indicador. Tanto as elasticidades das emendas com respeito a ambos os fatores, quanto as desigualdades associadas às próprias variáveis possuem pesos importantes no IC total. Contudo, o aspecto ligado à necessidade apresenta o maior peso na decomposição.

Quanto à escolaridade do gestor municipal, os resultados indicam que esse fator tem pouca influência sobre a desigualdade na distribuição das emendas. A elasticidade negativa sugere que gestores com maior nível de escolaridade estão associados a uma menor captação per capita de emendas, mas como a desigualdade associada a esse indicador é baixa, sua contribuição final para o índice de concentração total é limitada. Isso aponta que a capacidade técnica, ao menos medida pela escolaridade, não desempenha um papel decisivo na atração desses recursos. Já os fatores políticos, embora apresentem índices de concentração mais expressivos, também contribuem pouco para a desigualdade total observada. O alinhamento político entre os níveis federal, estadual e municipal, especialmente durante os anos de 2017 e 2018, é o fator político que mais interfere na distribuição, atenuando o viés equitativo das emendas. Mesmo assim, seu efeito agregado é modesto, sugerindo que, embora a política influencie o direcionamento dos recursos, ela não é o fator predominante na explicação da desigualdade na alocação das emendas parlamentares.

Quando se analisam os resultados para a Atenção Básica (AB), o mesmo padrão de desigualdade é observado. Isso ocorre porque o volume de emendas para esse nível de atenção representa mais de 60% do total das transferências aos municípios. Esse resultado sugere que as emendas parlamentares direcionadas à Atenção Básica são especialmente sensíveis às desigualdades territoriais, reforçando seu potencial redistributivo. A maior concentração dos recursos entre os municípios mais carentes, combinada à alta participação relativa dessas emendas no total das transferências, contribui para tornar a distribuição geral mais equitativa. A atuação dos parlamentares, nesse caso, parece mais alinhada às necessidades básicas de saúde da população em contextos de maior vulnerabilidade. Tanto os indicadores de necessidade quanto os de oferta mantêm influência significativa, reforçando a interpretação de que, mesmo diante de limitações estruturais, os critérios distributivos das emendas de AB são, em certa medida, orientados por fatores relacionados à equidade. A complementariedade entre esses dois aspectos reforça a hipótese de que os parlamentares utilizam informações sobre carências e infraestrutura local ao alocar recursos para esse nível de atenção.

TABELA 4 – Decomposição dos índices de concentração das transferências de emendas orçamentárias federais em saúde per capita (Total, Atenção Básica e MAC), Brasil – acumulado no período 2015-2021

	Elasticidade	Índice de Concentração	Contribuição	% Contribuição
Total				
Necessidade	0,336	-0,234	-0,078	0,809
Oferta	-0,261	0,172	-0,045	0,461
Escolgestor	-0,079	-0,008	0,001	-0,007
Prefpres1	0,002	-0,192	-0,000	0,004
Prefgov1	0,003	0,021	0,000	-0,001
Prefgovpre1	-0,003	-0,472	0,001	-0,014
Prefpart1	-0,006	-0,054	0,000	-0,003

Prefpres2	-0,001	0,212	-0,000	0,001
Prefgov2	-0,026	0,012	-0,000	0,003
Prefgovpre2	0,001	0,216	0,000	-0,001
Prefpart2	0,003	-0,045	-0,000	0,002
Resíduo			0,024	-0,254
Total			-0,097	1,000
Atenção Básica				
Necessidade	0,262	-0,234	-0,061	0,598
Oferta	-0,375	0,172	-0,064	0,627
Escolgestor	-0,097	-0,008	0,001	-0,008
Prefpres1	0,005	-0,192	-0,001	0,009
Prefgov1	-0,003	0,021	-0,000	0,001
Prefgovpre1	-0,004	-0,472	0,002	-0,017
Prefpart1	-0,008	-0,054	0,000	-0,004
Prefpres2	-0,000	0,212	-0,000	0,001
Prefgov2	-0,025	0,012	-0,000	0,003
Prefgovpre2	0,001	0,216	0,000	-0,002
Prefpart2	0,002	-0,045	-0,000	0,001
Resíduo			0,021	-0,209
Total			-0,102	1,000
Média e Alta Complexidade				
Necessidade	0,250	-0,234	-0,059	-2,978
Oferta	0,293	0,172	0,050	2,554
Escolgestor	0,075	-0,008	-0,001	-0,032
Prefpres1	-0,008	-0,192	0,002	0,082
Prefgov1	0,037	0,021	0,001	0,039
Prefgovpre1	-0,009	-0,472	0,005	0,237
Prefpart1	0,005	-0,054	-0,000	-0,014
Prefpres2	-0,002	0,212	-0,000	-0,023
Prefgov2	-0,025	0,012	-0,000	-0,016
Prefgovpre2	-0,001	0,216	-0,000	-0,008
Prefpart2	0,014	-0,045	-0,001	-0,032
Resíduo			0,022	1,191
Total			0,019	1,000

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados para a Média e Alta Complexidade (MAC), por outro lado, indicam desigualdade favorável aos municípios mais ricos, com IC positivo na última linha da tabela. Os fatores relacionados à necessidade e estrutura de oferta em saúde também são os elementos mais relevantes para explicar essa desigualdade. Esses achados refletem as características históricas e estruturais da oferta de serviços de Média e Alta Complexidade, que estão concentradas nos grandes centros urbanos e em municípios com maior capacidade instalada. A alocação de emendas para esse nível de atenção tende, portanto, a seguir a lógica da oferta disponível, favorecendo localidades mais ricas e com melhor infraestrutura. Mesmo que as necessidades em saúde contribuam para atenuar

parcialmente esse viés, sua influência é limitada frente à forte concentração da estrutura de atendimento.

O papel dos fatores políticos nesse contexto também chama atenção. Embora suas contribuições individuais sejam moderadas, sua soma indica uma tendência a reforçar a desigualdade pró-rico na distribuição das emendas para MAC. Isso pode estar relacionado a estratégias de alocação voltadas a garantir visibilidade política em municípios maiores, onde os serviços de alta complexidade são mais expressivos e concentradores de fluxos populacionais de regiões vizinhas.

Por fim, o componente residual do modelo, que representa a parte da desigualdade não explicada pelas variáveis observadas, mantém uma contribuição significativa e favorecem as localidades mais ricas. Isso aponta para a existência de outros mecanismos — possivelmente informais ou relacionados a fatores não observados — que influenciam a distribuição dessas emendas. Tal resultado reforça a necessidade de maior transparência e racionalidade na alocação de recursos, especialmente em níveis de atenção mais custosos e com potencial elevado de impacto sobre a equidade no sistema de saúde; além da necessidade de aprofundar a investigação sobre os critérios implícitos que regem a destinação dos recursos parlamentares na área da saúde.

4. Discussão e Conclusão

Este estudo analisou as implicações das emendas parlamentares no financiamento da saúde pública, com ênfase na dimensão distributiva do gasto. Buscou-se verificar se os recursos oriundos dessas emendas favorecem municípios socioeconomicamente mais vulneráveis e se os fatores de necessidade em saúde e estrutura de oferta explicam, em parte, a desigualdade na alocação. Utilizando dados de 2015 a 2021, os resultados confirmam a hipótese de que as transferências possuem caráter equitativo, especialmente no que se refere à atenção básica. A decomposição dos índices de concentração reforça o papel dos fatores de necessidade e oferta, ainda que este último com menor magnitude. Contudo, essa tendência favorável aos municípios mais vulneráveis não se estende uniformemente a todos os níveis de atenção: os resultados para a Média e Alta Complexidade (MAC) indicam uma distribuição pró-rico, associada à concentração da estrutura de oferta em municípios mais desenvolvidos.

A distribuição regional e por porte populacional mostrou concentração de recursos nas regiões Norte e Nordeste e em municípios de pequeno porte, que, em geral, dependem mais dessas emendas para custear despesas em saúde. Esses achados dialogam com evidências prévias que associam o recebimento de emendas a contextos de maior vulnerabilidade social e econômica (PEREIRA e RENNÓ, 2015; BERTHOLINI, PEREIRA e RENNÓ, 2018; NOBRE, RODRIGUES e SEMENTE, 2024). Os fatores políticos mostraram-se pouco expressivos na explicação da desigualdade, em

contraste com estudos anteriores que apontam influência do alinhamento partidário (MARCINIUK, BUGARIN e FERREIRA, 2020; BAIÃO, COUTO e OLIVEIRA, 2019). Apesar disso, observou-se que, para as emendas destinadas à MAC, os fatores políticos exercem contribuição não desprezível para a desigualdade pró-rico. Esse achado sugere que a lógica de alocação nesse nível de atenção pode estar mais suscetível a critérios políticos e à atuação estratégica de parlamentares, especialmente em regiões com maior visibilidade e infraestrutura. O tipo de emenda utilizado para destinar recursos para MAC reflete essa questão. Por exigir maior esforço de coordenação, os serviços de maior complexidade podem ser amplamente financiados por emendas orçamentárias coletivas, que ensejam maiores esforços de articulação política entre os atores.

Embora as emendas ampliem o alcance territorial de recursos para a atenção básica, elas pouco contribuem para o fortalecimento da capacidade instalada, especialmente nos serviços de média e alta complexidade. A prevalência de repasses voltados ao custeio, através do Teto MAC, sem o devido fortalecimento da estrutura de oferta, levanta questionamentos sobre a eficiência e a efetividade desses recursos na superação de vazios assistenciais. Tal desequilíbrio compromete a integralidade do cuidado e pode resultar em desperdício, sobretudo em regiões com menor capacidade técnica e administrativa. Ademais, a vedação do uso de emendas para despesas com pessoal limita sua efetividade na atenção básica, onde a escassez de profissionais é um dos principais gargalos. Ao ignorar pactuações interfederativas previstas no SUS, as emendas tendem a fragilizar o planejamento regionalizado e a induzir a alocações descoordenadas, podendo gerar impactos negativos tanto em termos de equidade quanto de eficiência na alocação orçamentária (PIOLA e VIEIRA, 2019; ULINSKI *et al*, 2024).

Diante das distorções identificadas e da crescente participação das emendas parlamentares no orçamento federal da saúde — inclusive sendo contabilizadas como parte do piso constitucional —, torna-se urgente o debate sobre regras que limitem sua expansão e condicionem sua aplicação a critérios técnicos. A proposta de vincular um teto de despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados por emendas às despesas discricionárias do Ministério da Saúde representa um avanço, embora seu enfrentamento político seja desafiador (VIEIRA, 2024; MENDES, 2022).

A análise realizada aqui apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, os sistemas de informação referentes às emendas parlamentares federais apresentam fragilidades já reconhecidas na literatura, especialmente no que se refere à transparência e à completude dos dados. A dificuldade em identificar com precisão a localidade beneficiária, o autor da emenda e, sobretudo, o objeto específico de destinação limita a acurácia da análise. Ainda assim, ao adotar uma abordagem agregada para avaliar os efeitos distributivos dessas transferências, é possível mitigar parcialmente tais limitações e avançar na compreensão de padrões estruturais de distribuição. A contribuição significativa do resíduo nos modelos estimados indica a existência de fatores não observados ou informais que

influenciam a alocação das emendas, o que reforça a necessidade de aprimoramento dos sistemas de monitoramento e rastreamento desses recursos e a necessidade de um olhar mais refinado sobre os determinantes políticos e institucionais da alocação de recursos no SUS.

Outra limitação metodológica refere-se à escolha do PIB per capita como única medida socioeconômica na construção dos índices e curvas de concentração. Embora essa variável seja amplamente utilizada e permita comparabilidade com estudos prévios, ela não contempla aspectos específicos do financiamento da saúde que podem influenciar os resultados distributivos. Uma agenda de pesquisa já em curso, pretende realizar testes de robustez incorporando variáveis alternativas, como a despesa total em saúde per capita ou o gasto público em saúde com recursos próprios, de modo a avaliar a equidade à luz da capacidade fiscal dos entes subnacionais e do princípio da equalização federativa. Além disso, outros testes de robustez poderão utilizar a região de saúde como unidade de análise, permitindo avaliar os efeitos distributivos em consonância com o desenho regionalizado do SUS e considerando potenciais externalidades entre municípios vizinhos. Essa discussão pode contribuir para o debate sobre políticas públicas com foco territorial e articulação interfederativa.

Por fim, a mensuração do alinhamento político neste trabalho se baseou em uma definição restrita, considerando apenas a coincidência partidária entre parlamentares, prefeitos, governadores e presidentes. Esta abordagem, embora objetiva, não captura outras dimensões relevantes do alinhamento, como afinidade ideológica, pertencimento à base de apoio do governo federal ou composição de alianças e coalizões formais e informais. A adoção de métricas mais abrangentes poderá revelar um impacto mais expressivo do alinhamento político sobre a distribuição das emendas.

Referências

BAIÃO, Alexandre Lima. *Emendas orçamentárias individuais: efeitos eleitorais, condicionantes da execução e qualidade do gasto público*. 2016. 121f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2016.

BAIÃO, Alexandre Lima; COUTO, Cláudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em saúde no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 27, n. 71, 2019.

BENEVIDES, Rodrigo Puccini de Souza. Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária em saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021. (*Nota Técnica Disoc*, n. 94). Disponível em: https://bit.ly/3zknlkN. Acesso em: 21 maio 2023.

BERTHOLINI, Fernando; PEREIRA, Carlos; RENNÓ, Lúcio. Pork is policy: dissipative inclusion at the local level. *Governance*, Hoboken, v. 31, n. 4, p. 701–720, 2018.

BROLLO, Fernanda; NANNICINI, Tommaso. Tying your enemy's hands in close races: the politics of federal transfers in Brazil. Bonn: IZA – Institute for the Study of Labor, 2011. (*IZA Discussion Paper*, no. 5698).

CABRAL, K. F. D.; FERREIRA, M. A. M.; BATISTA, R. S.; CERQUEIRA, F. R. Atenção primária à saúde: uma análise à luz da eficiência técnica dos recursos no estado de Minas Gerais. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 137-150, mai./ago. 2019.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Aquilas; LEITE, Mônica de Góis. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 902–918, 2020. https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624

CARVALHO, Marlene. *Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais*. 2007. 56 f. Dissertação (Especialização em Orçamento Público) – CEFOR, Brasília, 2007.

DOORSLAER, Eddy van; OURTI, Tom. Measuring inequality and inequity in health and health care. *Oxford Handbooks Online*, 2011. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0035

FIELD, Andy. *Descobrindo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FIGUEIREDO, Daniel B.; SILVA, José A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160–185, 2010.

FLACH, L.; MATTOS, L. K.; MENDES, V. G. Eficiência dos gastos públicos em saúde nos municípios do Espírito Santo: um estudo com Análise Envoltória de Dados e Regressão Tobit. In: XXIV Congresso Brasileiro de Custos, Florianópolis, SC, nov. 2017. Anais [...].

FRIO, G. S.; TRIACA, L. M.; FOCHEZZATO, A. Eficiência dos gastos públicos municipais em saúde: uma análise utilizando o método DEA em dois estágios. *Perspectiva Econômica*, v. 13, n. 3, p. 192-202, dez. 2017.

GOMES, B. S. M.; BASTOS, S. Q. A.; ALMEIDA, E. S. Ciclos eleitorais e partidários e interação espacial nas despesas em saúde e saneamento municipais (1998-2012). *Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 40, n. 81, p. 7-39, mar. 2022.

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. *Boletim nº 2/2023: monitoramento do orçamento da saúde – emendas parlamentares*. São Paulo: IEPS, Agenda Mais SUS, UMANE, 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/boletim-2-monitoramento-orcamento-saude-ieps.pdf. Acesso em: 18 abr. 2023.

KAKWANI, Nanak C. Measurement of tax progressivity: an international comparison. *The Economic Journal*, Oxford, v. 87, n. 345, p. 71–80, 1977.

KAKWANI, Nanak C.; WAGSTAFF, Adam; VAN DOORSLAER, Eddy. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*, Amsterdam, v. 77, n. 1, p. 87–104, 1997.

KUENKA, Bruno S.; MUGNAINI JUNIOR, Aldemar N.; OLIVEIRA, Marli S.; PARRÉ, José L. Comportamento e determinantes das transferências federais em saúde no Brasil: uma análise espacial. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 31, n. 75, p. 459–485, 2022.

LANE, Helen; SARKIES, Mitchell; MARTIN, Jon; HAINES, Terry. Equity in healthcare resource decision making: a systematic review. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 175, p. 11–27, 2017. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.012

LIMA, R. J.; JUSTO, W. R.; SILVA, L. C. Eficiência da gestão dos recursos públicos em saúde nos municípios do Nordeste: uma abordagem em duas etapas. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e345111436443, 2022.

MARCINIUK, Flávio F.; BUGARIN, Maurício N. S.; FERREIRA, Fernando J. A alocação de emendas parlamentares em tempos de crise fiscal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 1427–1448, 2020.

MEDINA, Silvana Aparecida. *Emendas parlamentares individuais e a efetividade da política pública de saúde nos municípios brasileiros*. 2021. 128 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2021.

MENDES, Marcos. Emendas parlamentares e controle do orçamento pelo legislativo: uma comparação do Brasil com países da OCDE. Instituto Millenium, 2022. Disponível em: https://milleniumpapers.institutomillenium.org.br/millenium-paper-emendas-parlamentares-e-controle-do-orcamento-pelo-legislativo/. Acesso em: 18 abr. 2023.

MENDES, M. I.; CHEIN, F. Political alignment and public health conditions: an empirical approach based on a regression discontinuity design. In: 45º Encontro Nacional de Economia, ANPEC, Natal, RN, 2017. Anais [...].

NOBRE, V.; RODRIGUES, M.; SEMENTE, M. Emendas parlamentares em saúde: para onde caminham? *Nota Técnica* n. 35, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), ago. 2024. Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-35/. Acesso em: 28 ago. 2024.

O'DONNELL, Owen et al. *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. Washington, D.C.: The World Bank, 2007.

ORELLANO, V. I. F.; TELLINI, T. C. Intergovernmental transfers to the Brazilian unified health system and party alignment. *EconomiA*, v. 23, n. 1, p. 143-166, 2022.

PARMAGNANI, Felipe; ROCHA, Fabiana. Transferências do SUS: substituição de gastos ou recursos adicionais? *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 48, jan./jun. 2017.

PEREIRA, Carlos; RENNÓ, Lúcio. Distribuição de emendas orçamentárias do Legislativo e inclusão dissipativa nos municípios brasileiros: 1998 a 2010. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2015. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/17657. Acesso em: 18 abr. 2023.

PIOLA, Sérgio F.; VIEIRA, Fabiola S. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2497). Disponível em: http://bit.ly/35pVOAc. Acesso em: 5 maio 2023.

PORTO, Silvia M.; MARTINS, Mônica; TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393–1404, 2007. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600014

SILVA, C. R.; SOUZA, T. C.; LIMA, C. M.; SILVA FILHO, L. B. Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 382-391, abr./jun. 2018.

TORRES, Igor M.; BASTOS, Suzana Q. A.; GAMA, Fábio J. C. O efeito das emendas parlamentares nos indicadores municipais de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS REGIONAIS E URBANOS – ENABER, 18., 2020, Recife. Anais [...]. Disponível em: https://brsa.org.br/wp-content/uploads/wpcf7-submissions/4113/EP-ENABER-com-id.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

TORRES, Igor Machado. *O efeito das emendas parlamentares nos indicadores municipais de saúde*. 2020. 57f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

ULINSKY, K. G. B. et al. Efeito das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 3, e00007323, 2024.

VIEIRA, Fabiola S. Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015–2020). Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão, n. 2732). https://doi.org/10.38116/td2732

VIEIRA, Fabiola S.; LIMA, Luciana Dias de. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 123, 2022. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465

WAGSTAFF, Adam et al. *Health equity and financial protection: streamlined analysis with ADePT software*. Washington, D.C.: The World Bank, 2011.

APÊNDICE

TABELA A1 – Componentes principais (CPs), autovalores, porcentagem da variância explicada e proporção acumulada (%) pelos componentes

	Autovalores	Proporção (%)	Proporção Acumulada (%)
CP1	5,18	0,52	0,52
CP2	1,38	0,14	0,66
CP3	0,83	0,08	0,74
CP4	0,68	0,07	0,81
CP5	0,63	0,06	0,87
CP6	0,43	0,04	0,91
CP7	0,37	0,04	0,95
CP8	0,27	0,03	0,98
CP9	0,16	0,02	0,99
CP10	0,08	0,01	1,00

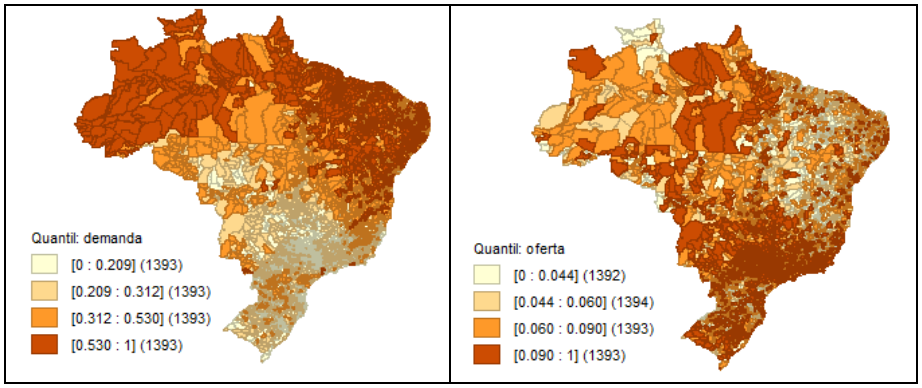
Fonte: Elaboração própria.

TABELA A2 - Cargas fatoriais dos componentes principais, com e sem rotação de fatores

	Sem rotação		Com rotação	
	CP1	CP2	CP1	CP2
analfabetismo	0,39	0,11	0,39	-0,06
pobres	0,41	0,19	0,45	0,00
esgoto	0,33	0,29	0,42	0,12
mortinfantil	0,36	0,22	0,42	0,04
razaodepend	0,38	0,18	0,42	0,01
urbana	-0,29	0,25	-0,15	0,35
cobertplano	-0,34	0,27	-0,19	0,39
hospsus	-0,04	0,58	0,21	0,55
médicos	-0,24	0,36	-0,07	0,43
cobertESF	0,22	-0,42	0,02	-0,47
% var	0,52	0,14	0,45	0,21

Fonte: Elaboração própria. Teste KMO = 0,88. Teste de Bartlett = $p \leq 0,01$

FIGURA A1 - Distribuição geográfica dos municípios, segundo quartil dos componentes principais relacionados aos fatores de necessidade (CP1) e oferta (CP2)



Fonte: Elaboração própria.