

SILVANA APARECIDA MEDINA

**EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS E A EFETIVIDADE DA POLÍTICA
PÚBLICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira

Coorientadores: Lucas Maia dos Santos
Tainá Rodrigues G. Souza Pinto

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

Medina, Silvana Aparecida, 1988-

M491e
2021

Emendas parlamentares individuais e a efetividade da política pública de saúde nos municípios brasileiros / Silvana Aparecida Medina. – Viçosa, MG, 2021.

1 dissertação eletrônica (127 f.): il. (algumas color.).

Inclui apêndice.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2021.054>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Emendas parlamentares - Brasil. 2. Eficácia e validade do direito. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Análise de regressão. 5. Projeto experimental . I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 328.81

Bibliotecário(a) responsável: Alice Regina Pinto CRB6 2523

SILVANA APARECIDA MEDINA

EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS E A EQUIDADE DA POLÍTICA
PÚBLICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

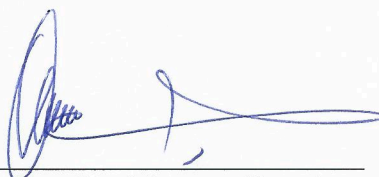
APROVADA: 29 de julho de 2021.

Assentimento:



Silvana Aparecida Medina

Autora



Marco Aurélio Marques Ferreira

Orientador

À Júlia

AGRADECIMENTOS

À minha família, serei eternamente grata por tudo que fizeram e fazem por mim. Em especial, aos meus pais, Ana Tereza e José Timóteu, que, na simplicidade, ensinaram que o estudo é o bem mais precioso que poderiam me deixar. Aos meus irmãos, Vilma e Ademir e aos meus sobrinhos Raryane, Matheus e Júlio César, por torcerem por mim. Obrigada por todo apoio, amor e incentivo.

Gratidão à minha mãe e aos meus sogros, Sueli e Marcos, pelo esforço desmedido em me ajudar com as tarefas maternas, amenizando minha ausência.

Ao meu esposo, Marco Túllio, que tanto me apoiou e que entendeu minha ausência em diversos momentos. Obrigada por todo amor e companheirismo.

À minha amada filha, Júlia, por estar comigo nesta jornada e me trazer leveza, amor e alegria, sobretudo, nos dias de *stress* e angústia. Você é tudo para mim!

Ao meu orientador Prof. Marco Aurélio, por me receber de maneira tão acolhedora, me proporcionar valiosos aprendizados e demonstrar paciência e solicitude em me ajudar na superação de cada etapa do mestrado.

À Daiane, aos coorientadores, Tainá e Lucas, aos debatedores de projeto e de dissertação, Luiz Abrantes e Suely, e à banca de defesa, Antônio Brunozzi e Thiago Dias, pela leitura atenta e reflexões que contribuíram para a melhoria da dissertação.

À Universidade Federal de Viçosa, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração e funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade, pelos ensinamentos e suporte durante todo o mestrado.

Aos colegas de mestrado, e pelas amigas ali formadas, pessoas que não me deixavam abater, que me auxiliaram, especialmente a Andréa, e que fizeram o mestrado ser mais leve e prazeroso, mesmo com o distanciamento social.

Aos colegas do grupo de pesquisa, em especial, ao Igor, gratidão por todo o suporte na coleta e tabulação dos dados.

Gratidão, a todos que não mencionei, mas que, contribuíram para o desenvolvimento da dissertação e para meu crescimento humano e intelectual.

Acima de tudo, sou grata ao Deus Todo-Poderoso, que pela sua infinita bondade, colocou em minha vida pessoas tão especiais, e por conceder-me a oportunidade de concluir o mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

MEDINA, Silvana Aparecida, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2021. **Emendas parlamentares individuais e a efetividade da política pública de saúde nos municípios brasileiros.** Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira. Coorientadores: Lucas Maia dos Santos e Tainá Rodrigues Gomides Pinto.

A partir da Constituição Federal de 1988 as Emendas Parlamentares Individuais (EPI) vêm ganhando importância no aporte financeiro de recursos, e os legisladores se tornando atores essenciais na capacidade do estado de formular políticas públicas de saúde. Assim, esta pesquisa procurou compreender o processo de alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à saúde (EPIS) após a implementação do orçamento impositivo, bem como avaliar a efetividade das EPIS em relação à correção de iniquidades na saúde pública brasileira. O estudo tem como egiide teórica discussões sobre a equidade e o financiamento da saúde pública, a teoria da escolha pública, capacidade estatal e emendas parlamentares. Neste sentido, três estudos independentes, porém, complementares, foram desenvolvidos. No primeiro, analisou-se o processo alocativo das EPIS, procurando compreender se o mesmo tem sido equitativo em relação às vulnerabilidades em saúde. Para tanto, a partir de aspectos epidemiológicos e socioeconômicos, foi construído o Índice de Condição de Saúde (ICS) antes e após a impositividade das EPI. Em seguida, analisou-se o processo alocativo das EPIS e a distorção existente entre o ICS e as EPIS. Os resultados indicaram incremento de recursos na saúde via EPI em municípios anteriormente desassistidos, bem como aumento dos valores *per capita* recebidos. Evidenciou-se também, que a maioria dos municípios brasileiros receberam EPIS proporcional à sua necessidade em saúde, indicando que as emendas podem estar minimizando as disparidades em saúde, destarte, ainda persistem as iniquidades alocativas das EPIS, uma vez que, existem municípios que receberam os recursos muito além ou aquém de suas necessidades. No segundo estudo, buscou-se identificar quais indicadores, necessidade de saúde ou ganho político, favoreceram a indicação das EPIS. Para tanto, foi realizado a regressão linear múltipla com dados em painel para os municípios brasileiros que angariaram recursos via EPIS, no período 2012-2018. Os resultados permitiram identificar que a alocação das EPIS é impulsionada pela combinação de fatores técnicos, que consideram a necessidade de saúde, mas também políticos. E que parlamentares e eleitores buscam maximizar seus interesses, estes, garantir políticas públicas locais, aqueles, manter-se no poder, sendo as redes políticas de essencial importância este processo. Por fim, o último estudo analisou os efeitos dos recursos alocados por meio das EPIS nos indicadores de saúde.

Para tanto, foi realizado uma avaliação quase-experimental, através dos métodos *propensity score matching* e diferença em diferença, antes e após a impositividade das EPI, comparando os efeitos do orçamento impositivo nos indicadores de resultado da saúde. Como principal resultado, foi identificado que a alocação das EPIS tem propensão de reduzir as desigualdades em saúde, medidas através da taxa de mortalidade infantil. E, embora os demais indicadores de resultados da saúde analisados não demonstraram efeito significativo, a diferença significativa na taxa de mortalidade infantil indica que as EPIS podem estar sendo efetivas e cumprindo seu papel de oportunidade de correção de assimetrias e iniquidades presentes nas vias orçamentárias primárias e nas demais formas de transferências intergovernamentais.

Palavras-chave: Emendas parlamentares. Efetividade. Saúde pública. Regressão linear múltipla. Método quase-experimental.

ABSTRACT

MEDINA, Silvana Aparecida, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July 2021. **Individual parliamentary amendments and effectiveness in public health policy**. Advisor: Marco Aurélio Marques Ferreira. Co-advisors: Lucas Maia dos Santos and Tainá Rodrigues Gomides Pinto.

From the Federal Constitution of 1988, as Individual Parliamentary Amendments (EPI), an increase gaining importance in the financial contribution of resources, and legislators become essential in the capacity of the state for public health policies. Thus, this research involves the allocation process of Individual Parliamentary Amendments for health (EPIS) after the implementation of the tax budget, as well as evaluating the effectiveness of the EPIS in relation to the correction of inequities in Brazilian public health. The study has the theoretical aegis of exercising on the equity and financing of public health, the theory of public choice, state capacity and parliamentary amendments. In this sense, three independent but complementary studies were developed. In the first, we analyzed the allocation process of EPIS, trying to understand if it has been equitable in relation to health vulnerabilities. Therefore, based on epidemiological and socioeconomic aspects, the Health Condition Index (ICS) was constructed before and after the imposition of PPE. Then, analyzing the allocation process of EPIS and an existing distortion between the ICS and as EPIS. The results indicated an increase in health resources via EPI in municipalities that were previously underserved, as well as an increase in the per capita amounts received. It was also evidenced that most Brazilian municipalities received EPIS in proportion to their health need, indicating that the amendments may be minimizing health disparities, thus, they still persist as EPIS allocation inequities, since there are municipalities that received features far beyond or short of your needs. In the second study, we sought to identify which indicators, health needs or political gain, favored the indication of EPIS. For this purpose, multiple linear regression with panel data was performed for Brazilian municipalities that raised funds via EPIS, in the period 2012-2018. The results allowed us to identify that an allocation of EPIS is driven by a combination of technical factors, which consider the health need, but also political ones. And that parliamentarians and voters seek to maximize their interests, these, to ensure local public policies, those, to remain in power, this process being political networks of essential importance. Finally, the last study analyzed the effects of resources allocated through EPIS on health indicators. Therefore, a quasi-experimental evaluation was carried out, using the propensity score matching and difference in difference methods, before and after the

imposition of PPE, comparing the effects of the tax budget on health outcome indicators. As a main result, it was identified that the allocation of EPIS has a tendency to reduce health inequalities, measured through the infant mortality rate. And, although the other health outcome indicators analyzed did not show a significant effect, the significant difference in the infant mortality rate indicates that the EPIS may be being effective and fulfilling its role as an opportunity to correct asymmetries and inequities present in the primary budget pathways and in other forms of intergovernmental transfers.

Keywords: Parliamentary amendments. Inequality. Public health. Multiple linear regression. Quasi-experimental method.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO I - EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas no Índice de Condição em Saúde (ICS) 40

Figura 1 - Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação ao ICS para os anos de 2012 (esquerda) e 2015 (direita) 47

Figura 2: Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação ao recebimento de EPIS para os períodos 2011-2014 (esquerda) e 2015-2018 (direita) 49

Figura 3: Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação às EPIS *versus* ICS para os períodos 2011-2014 (esquerda) e 2015-2018 (direita) 52

ARTIGO II - ALOCAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS: CORREÇÃO DE ASSIMETRIA EM SAÚDE OU GANHO POLÍTICO?

Quadro 1 - Variáveis independentes utilizadas..... 76

ARTIGO III - PAPEL DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Quadro 1 – Descrição das variáveis 127

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I - EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Tabela 1: Estatística Descritiva das variáveis que compõe o ICS dos municípios brasileiros em 2011 e 2015	43
Tabela 2: Resultado da Análise Fatorial utilizado na construção do ICS	44

ARTIGO II - ALOCAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS: CORREÇÃO DE ASSIMETRIA EM SAÚDE OU GANHO POLÍTICO?

Tabela 1: Análise descritiva dos dados	78
Tabela 2: Estatística do modelo de efeitos fixos	81

ARTIGO III - PAPEL DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e teste de médias para os grupos de tratamento e controle, para os anos de 2013 e 2018	106
Tabela 2: Resultado do <i>Propensity Score</i> para as variáveis de interesse	108
Tabela 3: Efeito de tratamento das EPIS em indicadores de saúde	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EP	Emenda Parlamentar
EPI	Emendas Parlamentares Individuais
EPIS	Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICS	Índice de Condição de Saúde
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PPA	Plano Plurianual
RCL	Receita Corrente Líquida
SUS	Sistema único de Saúde
LAI	Lei de Acesso à Informação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	15
2 REFERÊNCIAS	24
3 ARTIGO I: EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS E A EQUIDADE NA POLITICA PÚBLICA DE SAÚDE	28
3.1 INTRODUÇÃO	29
3.2 REVISÃO DE LITERATURA.....	32
3.2.1 Equidade na saúde: uma questão de política pública	32
3.2.2 Financiamento da saúde pública	34
3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.3.1 A Construção do Índice de Condições em Saúde (ICS).....	37
3.3.2 Variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas na construção do Índice de Condição em Saúde (ICS)	39
3.3.3 O processo alocativo das EPIS e sua relação com o ICS	41
3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
3.4.1 Construção do Índice de Condição de Saúde (ICS)	42
3.4.2 A alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) nos municípios brasileiros	48
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
3.6 REFERÊNCIAS.....	56
4 ARTIGO II - ALOCAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS: CORREÇÃO DE ASSIMETRIA EM SAÚDE OU GANHO POLÍTICO?.....	63
4.1 INTRODUÇÃO	64
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO	67
4.2.1 Teoria da Escolha Pública	67
4.2.2 Emendas Parlamentares Individuais e a necessidade em saúde	72
4.3 PROCEDIMENTOS MEDOTOLÓGICOS	74

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
4.4.1 Descrição dos dados	77
4.4.2 A relação dos indicadores sociais, de saúde e político na alocação das EPIS	80
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
4.6 REFERÊNCIAS.....	87
5 ARTIGO III - EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	
93	
5.1. INTRODUÇÃO	94
5.2 REVISÃO DE LITERATURA.....	97
5.2.1 A Capacidade Estatal na implementação de políticas públicas de saúde.....	97
5.2.2 Emendas Parlamentares Individuais.....	100
5.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	102
5.3.1 Dados e estratégia de investigação.....	102
5.3.2 Estratégia empírica: Diferença em Diferença com <i>Propensity Score Matching</i>	103
5.4 RESULTADO E DISCUSSÃO	105
5.4.1 Descrição dos dados utilizados para o escore de propensão e diferença em diferença	105
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
5.6 REFERÊNCIAS.....	115
6 CONSIDERAÇÕES GERAIS	122
7 APÊNDICE	127

1 INTRODUÇÃO GERAL

O processo de planejamento, no contexto da Administração Pública brasileira, apresenta importantes inovações a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), com a finalidade de conferir melhor direcionamento aos gastos e aumentar a eficiência na utilização dos recursos públicos (BAPTISTA *et al.*, 2012; LAHUD, 2016). A implementação de políticas públicas envolve aspectos da definição da agenda governamental ou prioridades de governo, estabelecidas no Plano Plurianual (PPA), e que se materializam no orçamento público.

O estabelecimento do PPA, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) são de iniciativa do Poder Executivo (BRASIL, 1988, art. 165), mas exigem a participação efetiva do Poder Legislativo, na aprovação, e na possibilidade de alteração da peça orçamentária, mediante a apresentação de emendas parlamentares (EPs), que se classificam como: individuais, de autoria de apenas um parlamentar; de bancada, propostas por um conjunto de parlamentares do mesmo estado ou região; de comissão, de autoria das comissões permanentes do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Congresso Nacional; e de relatoria, propostas por parlamentar relator de projetos (PIOLA; VIEIRA, 2019).

Até 2013 cada parlamentar podia propor até 25 emendas, sendo o valor total de cada político definido em parecer preliminar do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA). A partir de 2014, por força da LDO daquele ano, as emendas parlamentares individuais (EPI) passaram a ter execução obrigatória. Em março de 2015, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015) que instituiu o chamado orçamento impositivo.

Segundo a EC 86/2015, há a obrigatoriedade de aprovação de EPI até o limite de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) prevista no PLOA encaminhado pelo Poder Executivo Federal. Além de ser obrigatória, a execução orçamentária e financeira das programações resultantes das emendas impositivas, 0,6% da RCL deverá ser destinada a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Garantir financiamento suficiente e que atenda às necessidades de saúde figurou, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma questão vital para a efetivação do direito ao acesso a bens e a serviços públicos de saúde de forma universal, igualitária e integral no Brasil (PIOLA; VIERA, 2019). Por isso, como forma de assegurar recursos mínimos ao sistema, foi instituída, no ano 2000, a vinculação orçamentária do gasto em saúde, através da Emenda Complementar nº 29/2000 (EC 29/00) que definiu os montantes

mínimos para as aplicações de recursos pela união, estados, distrito federal e municípios em ASPS (SERVO *et al.*, 2011).

Assim, a política pública de saúde passou a ser compartilhada pelas três esferas do governo, através da coordenação federativa, em que a União exerce papel central na formulação da política estabelecendo normas, diretrizes e critérios a serem obedecidos pelos entes subnacionais, em contrapartida à transferência garantida e estável de recursos financeiros, provendo a autonomia e a participação dos entes subnacionais na implementação da política (ARRETCHE, 2000; 2007).

A EC 29/00 ampliou os recursos para financiamento do SUS, todavia, as desigualdades regionais permaneceram, em termos *per capita*, evidenciando grandes variações no território nacional. Portanto, a vinculação orçamentária do gasto em saúde, por si só, não resolveu o problema de financiamento do sistema, uma vez que os gastos com saúde ainda são considerados muito baixos (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Considerando dados internacionais, o gasto do Brasil em saúde é baixo, tanto em termos de participação no PIB como em valores *per capita*, mesmo quando comparado aos países de renda semelhante que não possuem sistema universal de saúde. Em comparação com os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2015, a despesa do Brasil com saúde pública só foi maior que as do México, da Turquia e da Letônia. Em contrapartida, a despesa privada, foi inferior somente à dos Estados Unidos, país que tem um sistema de saúde eminentemente privado. E em comparação aos países da América do Sul, a despesa pública brasileira com saúde é inferior a de países como Argentina e Chile, que não declaram a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Em termos *per capita*, o gasto público em saúde, do Brasil, em 2015, foi de 595 dólares, enquanto o do Chile foi de 1.157 e o da Argentina de 993 dólares, no mesmo ano. As diferenças aumentam ainda mais em relação às despesas públicas *per capita* de países como Reino Unido (3.330), Espanha (2.261) e Portugal (1.762) que possuem sistema universal de saúde (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Diante dos problemas de financiamento da saúde, em 2015, a EC 86 alterou o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS e tornou obrigatória a execução das EPI até o limite de 1,2% da RCL prevista no PLOA encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade do valor deve ser destinada ao financiamento de ASPS (§9º do art. 166 da CF/1988).

Mas com a retração econômica, já no primeiro ano de execução, a EC 86/2015 tornou-se inadequada ao propósito de aumentar a vinculação federal de recursos para o SUS. E em 2016, a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95/16) estabeleceu um novo regime fiscal, correspondente à aplicação mínima do ano anterior corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), congelou as despesas primárias da União até 2036, adotando o regime de execução financeira para acompanhamento do teto de despesas. Retirando a principal virtude da vinculação, que era a de atrelar o crescimento dos recursos da saúde à retomada do crescimento da economia (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a; 2016b).

A EC 95/16 criou ambiente favorável para maior descomprometimento do governo federal com o pacto de financiamento tripartite do SUS e a coordenação nacional do sistema. E, assim, estados e municípios passaram a ser pressionados a aumentar a participação no financiamento da saúde (PIOLA; VIEIRA; BENEVIDES, 2019).

No entanto, a EC 86/2015 mesmo tendo alguns de seus incisos revogados pela EC nº 95/16, manteve vigente a obrigatoriedade de destinar metade dos recursos aprovados para as EPI para a ASPS e que estes não seriam considerados recursos adicionais, pois seriam contabilizados na aplicação do mínimo constitucional, em saúde.

Destarte, o art. 17 da Lei Complementar (LC) 141/12 dispõe que o rateio dos recursos vinculados a ASPS repassados pela União aos Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios deverá observar as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde; os perfis demográficos da região e epidemiológico da população a ser coberta; as características quantitativas da rede de saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano quinquenal de investimento da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo, com o objetivo de atender ao disposto no inciso II do § 3º do art. 198 da CF/88.

Nesses termos, em tese, as EPIS deveriam observar os critérios de rateio dos recursos vinculados a ASPS repassados pela União, visando a realização de gastos com questões prioritárias que atendessem às reais necessidades de saúde da população, garantindo a equidade e efetividade da política pública de saúde.

Piola, Vieira e Benevides (2019) apontam que de acordo com o site do Senado a apresentação de emendas ao PLOA é “ocasião de especial relevância na atuação parlamentar, pois por meio delas os representantes eleitos podem influir na alocação dos recursos públicos em função dos objetivos e compromissos políticos que orientam seu mandato de

representação”. E o Ministério da Saúde não disponibiliza aos parlamentares informações sobre os estados com maior carência financeira na área da saúde, conforme preconiza o art. 17 da EC 141/12 (MONTEIRO; CEDRAZ; SILVA, 2018).

Portanto, ao transferir ao Legislativo parcela do poder decisório na escolha de prioridades para fins de implementação de políticas públicas, não, necessariamente, é garantida a aplicação dos recursos públicos para o efetivo atendimento das necessidades e concretização dos direitos fundamentais (DE CARVALHO FERREIRA; OLIVEIRA, 2017). Uma vez que, cabe ao Executivo, efetivamente, transferir os recursos de acordo com seu planejamento, disponibilidade financeira e, até mesmo, interesses políticos, além do percentual que pode ser reduzido em razão de contingenciamentos e impedimentos que justifiquem a não execução das emendas (OLIVEIRA, 2018).

Monteiro, Cedraz e Silva (2018) afirmam que o setor de saúde é o principal beneficiário das EPI, no entanto, a possibilidade de discricionariedade do parlamentar para a escolha alocativa dos recursos, sem a uniformização dos critérios, dificulta a atuação sinérgica entre os parlamentares e os beneficiários, bem como ao atender às necessidades de saúde e promover maior efetividade para as questões prioritárias.

Tavares (2016) aponta que a impositividade proposta pela EC 86/2015 foi concebida para equalizar os poderes e reduzir o poder de alocação discricionária de recursos públicos pelo governo federal, além de garantir parcela exclusiva do recurso para a saúde. Pois anterior à EC 86/2015, Pereira e Mueller (2002), define a execução das emendas individuais como um dos mecanismos mais importantes de que o Executivo dispunha para negociar suas preferências com sua coalizão no Congresso.

Há posicionamentos destoantes quanto à sua pertinência das EPI. Posições moderadas entendem a importância do instrumento, tanto pela participação dos parlamentares no planejamento federal quanto pela necessidade de descentralização de recursos, além de ser um mecanismo redistributivo, capaz de compensar as transferências intergovernamentais, sobretudo para as áreas sociais e da saúde onde há escassez de recursos e iniquidade das condições de financiamento. As EPI ao orçamento federal, portanto, têm propensão de reduzir as desigualdades regionais e a pobreza, refletidas no bem-estar dos cidadãos e na melhoria dos indicadores de saúde, promovendo o desenvolvimento local e a inclusão social e econômica (ALMEIDA; 2021; BERTHOLINI; PEREIRA, RENNO, 2018, OLIVEIRA, 2018; PEREIRA; BERTHOLINI, 2017; BAPTISTA *et al.*, 2012; CARVALHO, 2007; CHIAVEGATI, 2006; LEMOS, 2001).

Almeida (2021) aponta que a descentralização fiscal proposta pelas EPI surge como meio capaz de promover ganhos de bem-estar social. E como forma de auxiliar os pequenos municípios, sujeitos às intensas e constantes restrições orçamentárias e financeiras, a atenderem suas demandas de alto custo, pois, muitas vezes, estes municípios só conseguem recursos federais para atender tais demandas através das EP (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ, 2018; CHIAVEGATI, 2006).

Outros, consideram as EPI como uma forma de *pork barrel*¹ que, de acordo com Lowi (1964), é uma expressão utilizada na literatura internacional para designar o particularismo legislativo, em que deputados utilizaram políticas distributivas visando o voto dos beneficiários. Em vários países, as *pork barrel* têm ganhado destaque, devido sua importância política e econômica. No Brasil, as discussões têm variado entre aqueles que acreditam que esse tipo de recurso tem papel importante no sistema político e econômico do país, causando impactos sobre a representatividade política e o desenvolvimento local (ALMEIDA; 2021; BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ; 2018, CARVALHO, 2007; PEREIRA; RENNÓ, 2007; AMES, 2003), e aqueles que entendem que as emendas parlamentares ampliam as desigualdades, uma vez que não seguem critérios objetivos de distribuição (BAIÃO, COUTO; JUCÁ, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017).

Outros, ainda, defendem que as emendas são usadas como capital político, em que os parlamentares destinam verbas públicas em troca de apoio eleitoral, por questões meramente políticas, sem observar critérios sociais ou econômicos. Assim como definem os gastos sem coordenação, constituindo uma relação permeável aos interesses e às práticas clientelistas entre os deputados federais e os eleitores, que pode ser capaz de assegurar a sobrevivência política do parlamentar; do papel de moeda de troca na relação de poderes executivo e legislativo, assim como entre as instâncias governamentais. Além de engessar a execução orçamentária, devido à falta de apoio técnico no processo de elaboração, o que torna muitos de seus objetos inviáveis ou inexecutáveis. E que a obrigatoriedade de execução das emendas no exercício financeiro pode levar ao aumento do *déficit* primário e nominal, impactando diretamente a economia do país (BAIAO; COUTO; OLIVEIRA, 2020; BAIÃO, COUTO; JUCÁ, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; TAVARES, 2016; SODRE; ALVES, 2010). Sodré e Alves (2010) afirmam também que as EPI são consideradas um instrumento permeável às práticas corruptas.

¹ *Pork barrel* - expressão que a literatura internacional utiliza para designar o particularismo legislativo (Lowi; 1964)

Neste sentido, a Teoria da Escolha Pública auxilia na compreensão dos grupos de interesses e sua influência nas políticas públicas. Admitindo que o processo político é semelhante ao mercado competitivo, e os agentes que nele atuam têm motivações egoístas, em que se pressupõe que os parlamentares visam maximizar o apoio político e permanecer no poder, e os eleitores e grupos de interesses garantir políticas públicas locais (DIAS, 2009). Mas, para os parlamentares destinarem as emendas de sua autoria, levam em consideração a capacidade do estado de implementar políticas públicas, o que envolve a coordenação entre atores, instrumentos e processos a fim de atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos. Ou seja, o município estar apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda (PIRES; GOIDES, 2015).

Apesar das controvérsias quanto à proposição das EPI, a EC 86/2015, ao determinar que metade do valor das EPI seja destinado à saúde, denota que os parlamentares, por estarem mais próximos da realidade dos municípios que o Governo Federal, ao propor as políticas públicas de saúde podem ser capazes de aumentar a efetividade, e melhorar a equidade na alocação dos recursos disponíveis para a saúde. Sob esta lógica, é possível propor a questão que irá nortear esta pesquisa: qual a efetividade das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde para correção das iniquidades do sistema público de saúde brasileiro?

Tal questionamento se justifica uma vez que, no setor de saúde, as EPI apresentam-se como uma possibilidade de correção de assimetrias, iniquidades e deficiências não atendidas pelas vias orçamentárias primárias (PPA/LOA) e demais transferências intergovernamentais. Todavia, há expectativa de que os parlamentares disponibilizam suas verbas visando maximizar seu ganho político e não o bem-estar social ou a efetividade alocativa no setor.

Neste sentido o presente estudo tem como objetivo geral compreender o processo de alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) e sua efetividade em relação à correção de iniquidades no sistema público de saúde brasileiro.

Assim, pretende-se, especificamente:

1. Analisar como o processo alocativo das EPIS tem se direcionado para os municípios brasileiros que apresentam as maiores vulnerabilidades em saúde.
2. Identificar quais indicadores, necessidade de saúde ou ganho político, favorecem a alocação das EPIS pelos deputados federais.
3. Analisar o efeito das políticas públicas locais propostas por meio das EPIS sobre os indicadores de resultado da saúde nos municípios brasileiros.

Em âmbito acadêmico, diversos estudos têm sido realizados analisando os efeitos empíricos das emendas no desempenho eleitoral do *pork barrel* (política distributiva utilizada para conquistar votos de um grupo específico) ou do comportamento parlamentar.

Alguns estudos, em uma perspectiva quantitativa, identificaram variáveis que influenciam na alocação dos recursos, como os realizados por Figueiredo e Limongi (2002); Samuels (2002); Limongi e Figueiredo (2005); Souza e Bittencourt (2010); Sanfelice (2010); Ames, Pereira e Rennó (2011); Baptista *et al* (2012); Vasselai e Mignozzetti (2014); Tavares (2016); Baião e Couto (2017); Baião, Couto e Jucá (2018); Rodrigues (2018); Bertholini e Pereira e Rennó (2018); Klingensmith (2019); Maskin e Tirole (2019); Piola e Vieira (2019); Baião, Couto e Oliveira (2020); Almeida (2021) ou em uma discussão teórica, como os estudos de Da Assunção Moutinho (2016); Bonfim (2016); Zorzal e Carlos (2017); De Carvalho Ferreira e Oliveira (2017); Turino e Sodré (2018). Entretanto, poucos são os estudos que se dedicaram a analisar as EPIS (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020; PIOLA; VIEIRA, 2019; BAPTISTA *et al*, 2012).

E este estudo avança ao analisar se a alocação dos recursos públicos via EPIS tem sido efetiva em garantir equidade à saúde pública. Assim, esta dissertação procurou analisar em que medida as EPIS alcançam os resultados pretendidos, bem como os indicadores que orientam a alocação destes recursos, e são capazes de provocar mudanças/efeitos na política pública de saúde. A chave para entender as mudanças baseia-se em uma distribuição equitativa dos recursos públicos pautada nas necessidades de saúde da população, priorizando os municípios mais vulneráveis, a fim de mitigar as desigualdades existentes.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para melhorar a alocação dos recursos públicos via EPIS no território nacional de forma equitativa e orientada para as necessidades de saúde da população; ademais, o entendimento da política poderá auxiliar na melhoria da efetividade dos serviços de saúde.

A política de saúde foi escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista que, dentre as políticas sociais, essas tiveram um processo de estruturação iniciado anterior à CF/88 e que ganhou força com a criação do SUS na década de 1990, possibilitando maiores subsídios práticos e teóricos para a análise pretendida. A EC 86/2015, por sua vez, reafirmou a preponderância da saúde, exigindo que metade da cota obrigatória das emendas individuais seja aplicada na área. Com isso, em 2015 a execução orçamentária das EPI para a saúde foi de R\$ 1,9 bilhão, chegando a R\$ 4,7 bilhões em 2018, um crescimento médio de 152% no período (PIOLA; VIEIRA, 2019), denotando o protagonismo que estas vêm representando no aporte de recursos destinados à saúde.

Por fim, esta dissertação destaca a sua contribuição acadêmica e social no âmbito da avaliação dos recursos transferidos via EPI para as políticas públicas de saúde e, especialmente, se há efetividade na alocação destes recursos públicos, visando promover a equidade na saúde pública.

Além desta seção introdutória, a dissertação está organizada em três artigos independentes que estudam cada um dos objetivos específicos que, por sua vez, se complementam para responder ao propósito central do estudo. Juntos, os três artigos contribuem para uma melhor compreensão do processo de alocação das EPIS.

Os artigos foram organizados no intuito de refletir um desenvolvimento lógico do estudo. No primeiro, discutiu-se a equidade e o financiamento da política pública de saúde. Evidenciou-se que a impositividade aumentou a execução orçamentária e financeira das EPI, assim como o número de municípios beneficiados. E que as EPIS têm demonstrado contribuir para melhorias nas ASPS, embora seja difícil identificar seus efeitos positivos na redução das disparidades regionais, devido à possível compensação de recursos públicos destinados à saúde, impostos pelo “congelamento” dos gastos em despesas primárias. Portanto, as distorções ainda persistem, quando comparados, a alocação das EPIS e o grau de vulnerabilidade dos municípios.

Na sequência, o segundo artigo discutiu a Teoria da Escolha Pública, bem como a importância das emendas diante das necessidades de saúde. Tentando compreender se a alocação das EPIS é pautada em indicadores de saúde ou político. E constatou-se que a alocação das EPIS é impulsionada pela combinação de fatores técnicos e políticos. E, assim como no mercado econômico, no “mercado da alocação das EPIS” parlamentares e eleitores são maximizadores de utilidades egoístas e racionais, que se valem das redes políticas para alcance dos objetivos, pois o que está em jogo é o interesse próprio das partes envolvidas, de uns, a reeleição, e de outros, políticas locais.

Finalmente, no último artigo, discutiu o papel das emendas parlamentares na capacidade estatal para implementação da política pública de saúde. Assim, analisou-se os efeitos da alocação das EPIS em promover melhorias nos indicadores de saúde a fim de fortalecer a saúde pública, bem como reduzir as desigualdades regionais em saúde. Os resultados evidenciaram que a diferença significativa na taxa de mortalidade infantil indica que as EPIS têm dado passos a fim de cumprir seu papel de oportunidade de correção de assimetrias em saúde, no entanto, também apresenta características de dissipação de recursos, pois os demais indicadores de resultados da saúde não apresentaram efeito significativo.

Juntos, os três artigos pretendem contribuir para uma melhor compreensão do processo de alocação das EPIS e sua efetividade em relação à correção de iniquidades no sistema público de saúde brasileiro.

2 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. P. B. de. O mito da ineficiência alocativa das emendas parlamentares. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 34, 2021.

AMES, B. **Os entraves da democracia no Brasil**. FGV Editora, 2003.

AMES, B.; PEREIRA, C.; RENNO, L.. Famintos por pork. Uma análise da demanda e da oferta por políticas localistas e suas implicações para a representação política. In: **POWER, T.; ZUCCO JR., C.(orgs.). O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2011.

ARRETCHE, M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo: **Editora Revan**, 2000.

_____. A agenda institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; JUCÁ, I. C. A execução das emendas orçamentárias individuais: papel de ministros, cargos de liderança e normas fiscais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 25, p. 47-86, 2018.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Rer. Sociol. Polit.* Vol.27 no.71. Curitiba, 2019. Epub Mar 09,2020.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. **Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros**. 2017. Tese de Doutorado.

BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2267-2279, 2012.

BERTHOLINI, F.; PEREIRA, C.; RENNO, L.. Pork is policy: Dissipative inclusion at the local level. **Governance**, v. 31, n. 4, p. 701-720, 2018.

BONFIM, R. W. L. A Relação entre os Poderes Executivo e Legislativo no Processo Orçamentário Brasileiro: o Caso da PEC do Orçamento Impositivo. **Cadernos de Pesquisa em Ciência Política**, v. 5, n. 2, 2016.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1964.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União** 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2000.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2012.

_____. LDO 2014 - Lei 12.919/2013. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2013.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2015.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2016.

CARVALHO, M. Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na Redução das Desigualdades Regionais. Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da **Câmara dos Deputados**, 2007.

CHIAVEGATI, L. F. **Emendas parlamentares e federalismo brasileiro: entre os comportamentos local e nacional dos parlamentares**. 2006. Monografia (Especialização em Pensamento Político Brasileiro) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

DA ASSUNCAO MOUTINHO, J.; KNISS, C. T. Voluntary Transfers From The Nation To Brazilian Municipalities: Identification Of Correlations Between Variables. **Revista de Gestao e Projetos**, v. 8, n. 1, p. 90, 2017.

DE CARVALHO FERREIRA, F. G. B.; OLIVEIRA, C. L. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 38, n. 76, p. 183-212, 2017.
FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. Incentivos eleitorais, partidos e política orçamentária. **Dados**, v. 45, n. 2, p. 303-344, 2002.

KLINGENSMITH, J. Z. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. **Economies**, v. 7, n. 1, p. 16, 2019.

LAHUD, V. P. M. Financiamento federal da saúde: efeitos do orçamento impositivo. 2016. Dissertação (Mestrado) – **Universidade de Brasília**, Brasília, 2016.

LEMOS, L. B. de S. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. **Dados**, v. 44, n. 3, p. 561-605, 2001.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. **Dados**, v. 48, n. 4, p. 737-776, 2005.

MASKIN, E.; TIROLE, J. Pandering and pork-barrel politics. **Journal of Public Economics**, v. 176, p. 79-93, 2019.

MONTEIRO; J. M.; CEDRAZ; A.; SILVA; C. M. da C. **Relatório de auditoria**. Emendas parlamentares ao projeto de lei orçamentária. Falhas na informação e definição de objetos prioritários. Deficiência na interlocução entre os poderes executivo e legislativo. Fragmentação antieconômica dos recursos. Inexistência de critérios úteis à diminuição das desigualdades regionais. Possibilidades de aprimoramento do processo de elaboração e execução. Determinações e recomendações. Arquivamento. TCU. 2018.

OLIVEIRA, C. N. de. Emendas Parlamentares: entre a ficção e a realidade na assistência financeira às Universidades Estaduais. *Universidade e Sociedade*. Ano XXVIII - Nº 61. **Revista publicada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN**. Semestral. Brasília. Janeiro de 2018.

PEREIRA, C.; BERTHOLINI, F. Beliefs or ideology: the imperative of social inclusion in Brazilian politics. **Commonwealth & Comparative Politics**, v. 55, n. 3, p. 377-401, 2017.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. "The cost of governing strategic behavior of the president and legislators in Brazil's budgetary process". **Comparative Political Studies**, vol. 37, no 7, p. 781-815, 2004.

PEREIRA, C.; RENNÓ, L. O que é que o reeleito tem? O retorno: o esboço de uma teoria da reeleição no Brasil. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 27, n. 4, p. 664-683, 2007.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018. (**Texto para Discussão, n. 2439**).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no sistema único de saúde, Texto para Discussão, No. 2497, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília. 2019.

RODRIGUES, J. A. M. **Emendas Parlamentares Individuais e Conexão Partidária: um estudo de caso do Ministério das Cidades**. 2018.
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555175/ILB2018_RODRIGUES.pdf?sequence=1.

SAMUELS, D. J. Pork barreling is not credit claiming or advertising: Campaign finance and the sources of the personal vote in Brazil. **Journal of Politics**, v. 64, n. 3, p. 845-863, 2002.

SANFELICE, V. **Determinantes do voto para deputado federal: relação entre emendas orçamentárias e desempenho eleitoral**. 2010. Tese de Doutorado.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Ipea**, 2011.

SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010.

SOUSA, R. M.; BITTENCOURT, F. MR. Emendas Parlamentares: a relação entre Executivo e Legislativo—a política orçamentária de e interesses e de discriminação. **Artigo de Conclusão de Curso [Especialização]**. Brasília: **ISC/TCU**, 2010.

TAVARES, R. P. **Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC**. 2016. Monografia. ENAP.

TURINO, F.; SODRÉ, F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1201-1219, 2018.

VASSELAI, F.; MIGNOZZETTI, U. G. O efeito das emendas ao orçamento no comportamento parlamentar e a dimensão temporal: velhas teses, novos testes. **Dados**, v. 57, n. 3, p. 817-853, 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016b.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: **Ipea**, 2016a. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: **Ipea**, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. Brasília: **Ipea**, 2018. (Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n. 25).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: **Ipea**. (Texto para Discussão, 2516). 2019

ZORZAL, G.; CARLOS, E. Audiências públicas do Legislativo estadual: fatores endógenos e exógenos na análise da efetividade da participação. **Revista de Sociologia e Política**, v. 25, n. 64, p. 23-46, 2017.

3 ARTIGO I: EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS E A EQUIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

RESUMO

As Emendas Parlamentares Individuais (EPI) contribuem com o aporte financeiro para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em um período marcado pela escassez de recursos. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar o processo alocativo das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS), procurando compreender se o mesmo visa reduzir as iniquidades em saúde, priorizando municípios que apresentam as maiores vulnerabilidades em saúde. Para tanto, a partir de aspectos epidemiológicos e socioeconômicos, foi construído o Índice de Condição de Saúde (ICS) de antes e após a impositividade das EPIs. Em seguida, analisou-se o processo alocativo das EPIS e a distorção existente entre o ICS e as EPIS. Os resultados indicaram incremento de recursos à saúde via EPI em municípios anteriormente desassistidos, bem como o aumento dos valores *per capita* recebidos. Evidenciou-se também, que a maioria dos municípios brasileiros receberam EPIS proporcionais à sua necessidade em saúde, indicando que as emendas podem estar minimizando as disparidades em saúde, destarte, ainda persistem as iniquidades alocativa das EPIS, uma vez que, existem municípios que receberam os recursos muito além ou aquém de suas necessidades.

Palavras-Chave: Equidade. Emendas Parlamentares Individuais. Atenção Primária à Saúde. Financiamento.

ABSTRACT

The Individual Parliamentary Amendments (EPI) contribute to the financial contribution to public health actions and services (ASPS) in a period marked by scarcity of resources. Thus, this article aims to analyze the allocation process of Individual Parliamentary Amendments for Health (EPIS), seeking to understand whether it aims to reduce health inequities, prioritizing municipalities that have the greatest vulnerabilities in health. Therefore, based on epidemiological and socioeconomic aspects, the Health Condition Index (ICS) was constructed before and after the imposition of PPE. Then, the EPIS allocation process and the

existing distortion between the ICS and the EPIS were analyzed. The results indicated an increase in health resources via EPI in municipalities that were previously underserved, as well as an increase in the per capita amounts received. It was also evidenced that most Brazilian municipalities received EPIS proportional to their health needs, indicating that the amendments may be minimizing health disparities, thus, the allocation inequities of EPIS still persist, since there are municipalities that received features far beyond or short of your needs.

Keywords: Equity. Individual Parliamentary Amendments. Primary Health Care. Financing.

3.1 INTRODUÇÃO

O cenário socioeconômico brasileiro, a partir de 1988, foi marcado por diversos avanços, com destaque para a redução da pobreza, a ampliação da economia, geração de empregos e melhorias na saúde pública. Contudo, em função da grande extensão territorial do país, que se caracteriza pela desigualdade regional, esses avanços ocorreram de forma heterogênea, afetando o equilíbrio da oferta de bens e serviços públicos em determinadas regiões (MARTIN *et al*, 2020).

Neste cenário, as políticas públicas devem ser implantadas tendo como um de seus objetivos a minimização das disparidades regionais. Dentre as medidas relacionadas à saúde, coube ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício mediante a formulação e execução de políticas econômicas e sociais. No entanto, a desproporcionalidade de acesso à saúde pública permanece entre os municípios brasileiros (MARTIN *et al*, 2020).

O nível de investimento em saúde no Brasil é considerado insuficiente, seja comparando com outras experiências internacionais, seja observando o gasto privado *per capita* e a renda média brasileira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pode estar impedido a consecução de objetivos e princípios constitucionais. Outro aspecto relevante é a queda da participação do governo federal no financiamento do SUS, que não vem acompanhando o crescimento observado nos investimentos municipal e estadual, reais responsáveis pelo aumento do gasto público total em saúde (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019; COSTA, 2017).

Quando a CF/88 criou o SUS, a União financiava 72% das suas ações, e em 2017, em média, 43%, com previsão de redução (RODRIGUES, 2018). Nos municípios, no entanto, em 2004, o percentual médio de aplicação de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) era de 18% das receitas próprias, passando para 23,3% em 2015. Para os estados,

evoluiu de 11,9% para 13,5% (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Os dados do Tesouro Nacional mostram que em 2020, foram aplicados R\$122,269 bilhões na saúde, R\$5 bilhões acima do piso. Se o novo regime fiscal, proposto pela EC 95/16, não estivesse sido aprovado em 2016, teria sido aplicado, pela norma anterior, 14,5% da receita corrente líquida de 2019 – o equivalente a R\$ 131,32 bilhões. Esta diferença equivale à uma perda registrada para a saúde em 2019, no valor de R\$ 9,05 bilhões.

Pesquisas mostram que entre 1995 e 2015, os gastos federais com o SUS mantiveram-se, em média, 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), no entanto, com a implementação da EC 95/2016, há projeções de redução para 1,0% até 2036 (CFM, 2018).

E, com a crise econômica afetando gravemente os estados e municípios e o esforço financeiro dos municípios para manter as ações de saúde, pouco ou nenhum espaço existe para que estes entes compensem os recursos que estão sendo deixados de ser alocados pela União. Portanto, o “congelamento” do gasto federal poderá provocar grandes dificuldades para o financiamento da saúde pública, pois estados e municípios possivelmente terão dificuldades em absorver o impacto da perda destes recursos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

As despesas com saúde que, na CF/88, receberam tratamento diferenciado, a fim de que fossem protegidas e não ficassem sujeitas às discricionariedades dos diferentes governos, em 2015, tiveram suas regras alteradas por meio da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86) (BRASIL, 2015), que modificou a forma de vinculação de recursos e propôs o escalonamento, com redução, de recursos para a saúde. Mas, garantiu que as Emendas Parlamentares Individuais (EPI) se tornassem impositivas ao orçamento no limite de 1,2% da receita corrente líquida (RCL) prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo Federal, sendo que a metade deste percentual deveria ser destinado às ASPS (BRASIL, 2015).

Portanto, os municípios, ao serem pressionados pelas condições adversas no financiamento da saúde pública, vêm encontrando dificuldades na manutenção dos serviços de saúde, especialmente os municípios de pequeno porte, que apresentam baixo índice de arrecadação tributária (CONASS; 2018), realidade da maioria dos municípios brasileiros, que se tornaram dependentes dos repasses financeiros intergovernamentais. Diante desta realidade, a obtenção de recursos complementares torna-se importante à gestão local e, por isso, os gestores municipais “lançam mão” das articulações políticas para conseguirem Emendas Parlamentares (EP), dentre elas as Individuais, de execução impositiva, que apresentam-se como apoio à manutenção e garantia das políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2018).

A impositividade proposta pela EC 86/2015 foi concebida para equalizar os poderes e reduzir o poder de alocação discricionária de recursos públicos pelo governo federal, pois, anterior à EC 86/2015, a execução das Emendas Parlamentares Individuais (EPI) era um dos mecanismos mais importantes que o Executivo dispunha para negociar suas preferências com sua coalizão no Congresso (TAVARES, 2016; PEREIRA; MUELLER, 2004). Além de garantir parcela exclusiva do recurso para a saúde, a fim de tentar equalizar a perda de recursos da União (PIOLA; VIEIRA, 2019).

Por meio das emendas, os parlamentares aprimoram a proposta orçamentária do Poder Executivo e têm propensão de reduzir as desigualdades regionais, refletida em melhorias nos indicadores sociais, ao direcionar recursos para políticas amplas, e para as regiões mais carentes, priorizando áreas como saúde, educação, saneamento, entre outros (OLIVEIRA, 2018; BAPTISTA *et al.*, 2012; CARVALHO, 2007; AMES, 2003). Mesmo apresentando características de uma política paroquialista, em que os parlamentares concentram suas ações no reduto eleitoral, bem como para localidades que possam lhes prospectar votação significativa e garantir sua reeleição (RODRIGUES, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; RAMOS, 2012; LEMOS; RICCI, 2011; SAMUELS, 2002).

Em um cenário de recursos escassos a universalização da saúde encontra restrições e dificuldades políticas, institucionais e de gestão. Nesse contexto, as EP acirram interesses, e muitas vezes, reforçam práticas que colidem com os propósitos de fortalecimento dos investimentos federais em uma perspectiva de redução de desigualdades e vulnerabilidade sociais e em saúde no país, distanciando-se da equidade (RODRIGUES, 2018).

A EC 86/2015, no entanto, nos propõe a refletir, que os parlamentares ao, determinarem que metade dos valores das EPI sejam destinados à saúde, estejam buscando alternativas para equalizar o sistema de partilha de transferências intergovernamentais e minimizar as iniquidades do sistema público de saúde brasileiro. Sob essa lógica, é possível propor a questão que irá nortear esta pesquisa: o processo alocativo das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) tem sido equitativo em relação às condições de vulnerabilidade em saúde?

Tal questionamento se justifica, uma vez que, no setor de saúde, as EPIS apresentam-se como uma oportunidade de correção de assimetrias não atendidas pelas vias orçamentárias primárias (PPA/LOA) e demais transferências intergovernamentais. Todavia, há expectativa de que os parlamentares disponibilizem os recursos financeiros priorizando o ganho político em detrimento ao bem estar social ou à efetividade alocativa no setor. Neste sentido o

presente estudo tem como objetivo analisar o processo alocativo das EPIS nos municípios brasileiros e sua relação com a vulnerabilidade em saúde.

Em âmbito acadêmico, diversos estudos têm sido realizados analisando os efeitos empíricos das emendas parlamentares como os realizados por Samuels (2002); Limongi e Figueiredo (2005); Sanfelice (2010); Ames, Baker e Rennó (2008); Baptista *et al* (2012); Tavares (2016); Baião, Cunha e Souza (2017); Rodrigues (2018); Klingensmith (2019); Maskin e Tirole (2019); Baião, Couto e Oliveira (2020).

Entretanto, poucos são os estudos que se dedicaram a analisar as emendas parlamentares destinadas à saúde (BAPTISTA *et al*, 2012; BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020). Este estudo, portanto, avança ao analisar o processo alocativo das EPIS sob a ótica das vulnerabilidades em saúde dos municípios brasileiros, a fim de identificar se ele está sendo direcionado para corrigir as assimetrias em saúde. E, apesar do crescente espaço que as EPI vêm conquistando, mas também das críticas que elas atraem, se tem auxiliado os gestores municipais a atender suas demandas locais, sobretudo em relação às políticas de saúde. Sendo estes os pontos que se pretende contribuir com este estudo.

Além desta seção introdutória, o artigo está estruturado em mais quatro seções. A segunda buscou embasar a construção do problema de pesquisa apontando os estudos empíricos sobre a equidade e o financiamento da saúde pública. Na terceira sessão foi apresentado os procedimentos metodológicos. Em seguida, foram apontados os resultados e discussões, considerando os resultados do índice de condições de saúde construído e a alocação das EPIS. Por fim, as considerações finais e sugestões de trabalhos futuros.

3.2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente seção aborda brevemente os conceitos teóricos e discussões empíricas referentes à equidade e o financiamento da saúde pública.

3.2.1 Equidade na saúde: uma questão de política pública

A saúde, direito de todos e dever do Estado, nos termos da CF/88, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas e com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, apesar dessas garantias,

ainda persistem grandes desigualdades em sua oferta e desempenho no país (Martin *et al*, 2020).

Granja, Zoboli e Fracolli (2013) e Travassos e Castro (2012), apontam que o conceito de equidade em saúde se concentra em: tratar todos de forma igualitária, preponderando a ideia da igualdade e da universalidade do acesso; e tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados, segundo a condição socioeconômica e os grupos específicos, conforme critérios de risco. Ao priorizar os mais necessitados sob o ponto de vista econômico, denota a preocupação com a vulnerabilidade apresentada pelos grupos desfavorecidos. No entanto, Lucchese (2003) aponta que a equidade, é a alocação de recursos capaz de proporcionar maior benefício e mais saúde para o maior número de pessoas. E que a distinção tem a possibilidade de gerar práticas injustas ou discriminatórias contra grupos minoritários.

Para Whitehead (1992), a equidade exige que as pessoas tenham igualdade de oportunidades em saúde. E que ao formular as políticas públicas, os governos presem por reduzir as desigualdades injustas, que se referem a comportamentos desfavoráveis à saúde, onde a escolha é restrita a limitações de trabalho e de renda, de acesso aos serviços de saúde e demais fatores epidemiológicos e socioeconômicos; e as desigualdades evitáveis, que são as diferenças provocadas por determinantes biológicos, comportamentos individuais e de grupos que podem promover ou prejudicar a saúde.

No Brasil, a equidade constitui um dos princípios doutrinários do SUS, e seu conceito, em 1988, estava relacionado à igualdade dos cidadãos diante das ações e serviços do SUS (BRASIL, 1990). Mas na década seguinte, o conceito foi substituído pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais existentes do país. E estabeleceu-se que promover a equidade em saúde é “[...] ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (BRASIL, 2017). Portanto, os esforços para reduzir as iniquidades em saúde consideram a equidade nos recursos financeiros, no acesso à saúde e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural (BARROS; SOUZA, 2016).

Apesar da coordenação federativa, dos investimentos e avanços do sistema de saúde pública brasileiro, há ainda um caminho a percorrer para prover um sistema de saúde universal, integral e equânime. Fatores como desigualdade política, social e as barreiras de acesso aos usuários apresentam como as multidimensões das vulnerabilidades em saúde, que

consideram elementos epidemiológicos, de recursos e utilização dos serviços de saúde, sociais e econômicos (MACEDO; FERREIRA, 2020).

As vulnerabilidades em saúde são frutos das inúmeras limitações que o Estado enfrenta, sobretudo, financeiras e de gestão, para garantir a sustentabilidade e atender às necessidades de saúde da sociedade. Somam-se, ainda, as dificuldades de acesso de alguns grupos sociais devido às iniquidades territoriais em saúde e as desigualdades econômicas e sociais, bem como a integralidade da atenção à saúde, além da consolidação da descentralização e da regionalização do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Política pública que se fundamenta no princípio da equidade estabelece que maior atenção deve ser dada às localidades que apresentem as maiores necessidades em saúde (JÚNIOR; FAHEL; MOREIRA, 2014). Entretanto, diversos fatores podem interferir na alocação dos recursos para as políticas públicas, como fatores políticos e as características da burocracia local responsável pela execução das verbas orçamentárias (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020).

Neste sentido a equidade em saúde perpassa pelas capacidades administrativas, econômicas e institucionais dos municípios. Além dos recursos, políticas e programas que desempenham importância na formação da saúde e que caminham na direção de equalizar os efeitos entre grupos sociais mais ou menos favorecidos. Muitos destes indicadores, muitas vezes, estão fora do controle imediato do setor da saúde (MACEDO; FERREIRA, 2020).

No entanto, o financiamento do sistema de saúde, desde a CF/88, é considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, levando em conta os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde. É consenso que os principais problemas do sistema de saúde pública brasileiro são o financiamento e a gestão (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Mas, diversas iniciativas já foram e vem sendo implementadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos a fim de melhorar o desempenho do sistema de saúde pública brasileira, como será descrito a seguir.

3.2.2 Financiamento da saúde pública

Alocar recursos suficientes ao SUS é premissa básica para o cumprimento, por parte do Estado, de seu dever de garantir acesso universal, igualitário e integral às ASPs. E, embora o SUS tenha promovido importantes avanços desde sua implementação, as desigualdades em saúde são inerentes ao modelo descentralizado de gestão do SUS e em

função das heterogeneidades econômicas, sociais e técnicas dos municípios (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020).

Em 2000, a EC 29, como forma de assegurar recursos mínimos ao sistema, instituiu a vinculação orçamentária do gasto em saúde e definiu os montantes mínimos para as aplicações de recursos pela união, estados, distrito federal (DF) e municípios em ASPs (SERVO *et al.*, 2011).

Ao exigir das esferas subnacionais maior e efetiva contribuição ao financiamento da saúde, a União fortalece a participação e a responsabilidade de todas as instâncias no arranjo federativo que sustentam a política de saúde, e reforça as ações em uma situação de competência concorrente das três esferas de governo. E, devido à coordenação federativa na política de saúde, o repasse de recursos do governo federal é condicionado à adesão aos programas (ARRETCHE, 2007).

A União, no entanto, apesar de elevada participação no financiamento, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde. Diante disso, os recursos recebidos pelos municípios nem sempre são suficientes (RODRIGUES, 2018). E, em um contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios brasileiros ampliam, de modo significativo, seus gastos no setor, alocando proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente, fazendo com que o gasto total dos municípios em saúde aumentasse 437% em 2015 em relação a 1995, enquanto o da União aumentou 94% no período (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019; ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Mas, apesar da ampliação da participação nos gastos da saúde, os governos locais ainda são muito dependentes das transferências de recursos para prestar os serviços de saúde à população (ANTINARELLI; 2012; ARRETCHE; 2000).

Entretanto, mesmo diante do comprometimento das três esferas de governos e o aumento do volume de recursos para o SUS, estes mecanismos não têm sido capazes de garantir recursos financeiros suficientes para que o sistema cumpra seus preceitos constitucionais de universalidade na cobertura, e integralidade no atendimento (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Por isso, em 2015, foi aprovada a EC nº 86 que prevê alteração na participação federal no financiamento da saúde, alterando o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS, adotando a vinculação à Receita Corrente Líquida (RCL). E que ficou conhecida como Emenda do Orçamento Impositivo, uma vez que, junto à mudança da vinculação do piso federal para a saúde, tornou obrigatória a execução das EPIS até o limite de 1,2% da RCL

prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que metade do valor deve ser destinado ao financiamento de ASPS (BRASIL, 2015).

Destarte, o art. 17 da LC 141/12 dispõe que o rateio dos recursos vinculados às ASPS repassados pela União aos Estados, DF e Municípios deverá observar as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, com o objetivo de atender aos objetivos dispostos no inciso II do § 3º do art. 198 da CF/88. No entanto, ao ser questionado pelo Tribunal de Conta da União (TCU), em setembro de 2018, o Ministério da Saúde (MS) argumentou que “[...] as EPI 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”. E que o Ministério não disponibiliza aos parlamentares informações sobre os estados com maior carência financeira na área da saúde, conforme preconiza o art. 17 da LC 141/12 (MONTEIRO; CEDRAZ; SILVA, 2018, p. 27).

Sendo este um dos motivos pelos quais a distribuição de recursos pelos parlamentares não leva em consideração as particularidades de cada município, que possui demandas, prioridades e recursos distintos entre si (COSTA *et al*; 2015), e, portanto, os municípios mais carentes acabam recebendo os menores valores (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020). No entanto, na busca da equidade, os parlamentares deveriam pautar suas decisões de alocação de recursos em detrimento das necessidades dos municípios (BIJOS, 2018).

Mas, apesar das controvérsias, as EPIS acabam se tornando uma fonte alternativa e estratégica de recursos para financiar as ações municipais de saúde, que satisfazem demandas diretas das municipalidades, por isso esses recursos adquirem peculiar relevância, principalmente nos pequenos municípios, que são muito dependentes financeiramente de repasses da União (BIJOS, 2018), todavia, também reforçam as práticas clientelistas e os desequilíbrios federativos (BARBOSA; TRISTÃO, 1999; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017).

Mas, por meio das EPI é possível que os parlamentares aperfeiçoem a proposta encaminhada pelo Poder Executivo, visando uma melhor alocação dos recursos públicos ou inserindo demandas de suas bases eleitorais no orçamento federal (RODRIGUES, 2019; DE CARVALHO; OLIVEIRA, 2017).

As EPI, ao orçamento federal, portanto, têm propensão de reduzir as desigualdades regionais, refletida na melhoria dos indicadores sociais e de saúde. A relação entre financiamento e descentralização considera a possibilidade de utilização das EPI como mecanismo redistributivo e redutor das desigualdades, por ter a possibilidade de compensar as transferências previstas no sistema de partilha fiscal brasileiro (BAPTISTA *et al.*, 2012),

sobretudo, para as áreas sociais e da saúde onde há escassez de recursos e iniquidade das condições de financiamento (OLIVEIRA, 2018). Além da capacidade institucional, que é a capacidade do município estar apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020).

Ainda que se reconheçam importantes avanços promovidos pelo sistema público de saúde, como a significativa ampliação do acesso, possivelmente relacionada ao aumento da oferta de serviços e recursos humanos, o financiamento insuficiente de longo prazo é apontado como obstáculo relevante à sua implementação e efetividade (VIACAVA *et al.*, 2018). Para Paim (2018), esse subfinanciamento pode ser atribuído, principalmente, ao governo federal, e tem trazido grandes dificuldades para a manutenção da rede de serviços, remuneração dos trabalhadores e expansão da infraestrutura pública.

É preciso considerar também que, na política pública de saúde, a prestação dos serviços, principalmente de atenção básica, fica a cargo dos municípios; e estes podem não estar preparados para gerenciar o aumento do volume de verbas, fazendo com que o sistema de saúde seja mais suscetível a desvios financeiros, como os escândalos envolvendo as EP e corrupção no Brasil, pelo fato dos agentes públicos terem maior volume de recursos públicos disponíveis e envolver atores com interesses diversos (ALBUQUERQUE; SOUZA, 2017; SODRE; ALVES, 2010, ARRETCHE, 2003), além da falta de controle na gestão dos recursos e baixo nível de *accountability* em âmbito municipal (BRAUN RITT, 2019).

Na próxima seção, apresenta-se a metodologia do processo de construção do Índice de Condições em Saúde (ICS), análise da alocação das EPIS, bem como a relação EPIS x ICS.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.3.1 A Construção do Índice de Condições em Saúde (ICS)

Para auxiliar no processo de análise da equidade na alocação das EPIS nos municípios brasileiros foi usado como referência metodológica os pressupostos da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para construção de um índice que evidenciasse as condições de saúde nos municípios brasileiros. No quadro 1 são descritas as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas que foram utilizadas para captar as dimensões de necessidade em saúde da população.

A lógica da AFE está em partir de um grande conjunto de variáveis e reduzi-las em um número menor de fatores, visando maximizar seu poder de explicação (HAIR *et al.*, 2009; MAROCO, 2014).

A estrutura relacional dessas variáveis foi avaliada através da AFE sobre a matriz de correlação, com extração dos fatores pelo método componentes principais, seguida de uma rotação Varimax. Para retenção dos fatores levou em consideração aqueles que apresentaram um autovalor superior a 1, bem como a porcentagem da variância retida que explicasse no mínimo 60% da variância acumulada. Nesse caso, a combinação de métodos é justificável para dar maior robustez à escolha dos fatores retidos (MAROCO, 2014).

Ainda sob os pressupostos metodológicos, utilizou-se como critério para avaliar a validade da AFE, a estatística KMO – Kaiser-Meyer-Olkin e teste de esfericidade de Bartlett. Os resultados do teste KMO variam de 0 a 1. Quanto mais próximo a 1, “indicam que as variáveis compartilham um percentual de variância bastante elevado”. O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que as matrizes de correlação e identidade são iguais. A partir dos resultados do teste, que analisa “se as diferenças entre os valores correspondentes fora da diagonal principal de cada matriz não forem estatisticamente diferentes de zero, a determinado nível de significância”, deduz-se que a extração de fatores não é apropriada (FÁVERO; BELFIORE, 2015, p. 107, 109).

A AFE determina as cargas fatoriais das variáveis originais (padronizadas) “que representam os parâmetros de um modelo linear que relaciona determinado fator com as variáveis originais” (FÁVERO; BELFIORE, 2015, p. 111). Essas cargas fatoriais funcionam como coeficientes de correlação. Considerando o cálculo das cargas fatoriais, a validade estatística do modelo e os fatores relevantes, a próxima etapa consistiu em estimar por meio de um método próximo ao da regressão, os escores fatoriais de cada observação do banco de dados.

Assim, cada uma das observações (municípios) recebeu um escore fatorial que é o produto da multiplicação “do valor das variáveis padronizadas pelo coeficiente do escore fatorial correspondente” (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017, p. 110).

Considerando os pressupostos metodológicos indicados acima, os fatores foram agregados pela Equação 01 (CUNHA *et al.*, 2008). Outros estudos valeram-se desse procedimento para construir indicadores na área de saúde (MACEDO; FERREIRA, 2020), desenvolvimento rural (SANTOS; FERREIRA; CAMPOS, 2018) e controle social (FERREIRA, 2015). A forma de agregação utilizada para construir o Índice de Condição em Saúde (ICS) foi com base em Macedo e Ferreira (2020), que considera a média ponderada dos

fatores de condições em saúde, tendo como ponderação a representatividade total explicada para cada um dos fatores retidos na análise:

$$ICS_j = \sum_{j=1}^p \frac{Y_j}{\sum Y_j} F^{*ji} \quad (1)$$

Em que ICS_j , é índice do i -ésimo município, j é a j -ésima raiz característica, p o número de fatores extraídos na análise, F^{*ji} é o j -ésimo escore fatorial do i -ésimo município, $\sum Y_j$ o somatório das raízes características referentes aos p fatores extraídos. A participação relativa do fator j na explicação da variância total captada pelos p fatores extraídos é vista por $\frac{Y_j}{\sum Y_j}$.

Diante desse procedimento, foi gerado um escore para cada município, o qual foi normalizado seguindo as recomendações de Nardo *et al.* (2008), representado pela Equação 2:

$$F_{ji} = \frac{(F_{ji} - F_{min})}{(F_{max} - F_{min})} \quad (2)$$

Em que F_{ji} , representa o j -ésimo do escore fatorial do i -ésimo município no indicador de necessidades em saúde e $F_{max} - F_{min}$, representam, respectivamente, os valores máximos e mínimos para os escores fatoriais observados nos municípios brasileiros.

3.3.2 Variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas na construção do Índice de Condição em Saúde (ICS)

A seleção das variáveis levou em consideração seus aspectos teóricos na representação das dimensões de saúde, mesmo não existindo consenso sobre as variáveis e métodos mais adequados para medir a vulnerabilidade em saúde (PORTO *et al.*, 2003). É importante ressaltar que as variáveis analisadas levam em consideração diferentes aspectos da vulnerabilidade e da condição de saúde.

Na seleção das variáveis, alguns critérios foram considerados, tais como: a capacidade da variável em representar o conceito em estudo; a disponibilidade de dados longitudinais devido à sua atualização regular; a consistência metodológica; a ampla comparabilidade entre os entes federativos e a viabilidade operacional de obtenção desses dados por serem dados de

fontes oficiais (JANNUZZI, 2005). As informações utilizadas nesta pesquisa são oriundas do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Lei nº 12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação (LAI), e são as mais recentes publicadas até o fim da elaboração deste estudo. Portanto, as seguintes variáveis foram consideradas na construção do ICS, conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas no Índice de Condição em Saúde (ICS)

Variáveis	Definição	Referências
TSM – Taxa de sobrevivência em menores de 5 anos	Número de sobreviventes de óbitos evitáveis de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011
Txsob_ext – Taxa de Sobreviventes por Causas Externas	Número de sobreviventes de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	França <i>et al.</i> , 2017; Wiseman <i>et al.</i> , 2017
PNV_PA – Proporção de Nascidos vivos com peso Adequado	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer superior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Tourinho; Reis, 2012
TxC_pre_natal – Taxa de Cobertura de consulta pré-natal	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Leal <i>et al.</i> , 2020; Ribeiro <i>et al.</i> , 2018
PProf_S - Taxa de profissionais de saúde por habitante	Distribuição percentual de profissionais de saúde em atividade, que atende no SUS, por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Martin <i>et al.</i> ; 2020; Santos <i>et al.</i> ; 2012
TxMed_AB – Taxa de Médicos na Atenção Básica	Indica a quantidade de médicos (da Estratégia de Saúde da Família, de Família e Comunidade, Pediatra e Clínico) que atuam diretamente no SUS em relação a população com maior prioridade de cobertura de atenção básica	Scheffler <i>et al.</i> 2008, 2018; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012; Giovanella <i>et al.</i> ; 2016; Macedo; Ferreira; 2020; Martin <i>et al.</i> ; 2020
P_ES - Taxa de estabelecimentos de saúde	Percentual de estabelecimentos de saúde contidos no CNES por tipo, nível de atenção, serviço/classificação, tipo de habilitação e tipos de atendimentos prestados por 1000 hab.	Martin <i>et al.</i> ; 2020
PBF – Proporção de pessoas não Beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF)	Indica a proporção de pessoas não contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF) em relação a população no mesmo local e período.	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012
TAIS – Taxa de Adequação Idade Série	Expressa o percentual de alunos, em cada série, com idade adequada à idade recomendada (Ensino Fundamental de 8 e 9 anos).	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011;

Variáveis	Definição	Referências
Tx_agua – Taxa da população coberta com abastecimento de água	Indica a proporção da população coberta com abastecimento de água em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011
Pibp - Produto Interno Bruto <i>per capita</i>	Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Scheffler <i>et al.</i> , 2008, 2018

Fonte: Elaboração baseada em MACEDO; FERREIRA, 2020.

3.3.3 O processo alocativo das EPIS e sua relação com o ICS

Após a construção do ICS, procedeu-se o cotejamento com as informações dos municípios que foram contemplados com EPIS, nos períodos de 2011-2014 e 2015-2018. Os valores das EPIS foram obtidos por meio da LAI, sendo utilizados os valores empenhados *per capita*, destinados aos municípios e distrito federal pelos deputados federais. Segundo o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP), os valores empenhados são os créditos orçamentários que o Estado reserva para fazer face a um compromisso assumido.

O ICS foi calculado em 2011 e em 2015, primeiro ano de cada quadriênio, 2011-2014 e 2015-2018, respectivamente, utilizando as mesmas variáveis descritas no Quadro 1. O cálculo do índice em dois períodos temporais é importante para analisar a sensibilidade das condições de saúde às mudanças nas questões epidemiológicas e socioeconômicas. O que poderia indicar a necessidade de revisão do processo alocativo das EPIS, visando maior equidade na distribuição dos recursos públicos, buscando priorizar os municípios com maiores vulnerabilidades em saúde em detrimento dos menos necessitados.

Procedeu também ao cálculo das EPIS *per capita* destinadas aos municípios brasileiros, conforme demonstrado pela distribuição espacial e, por fim, realizou-se o cálculo de distorção entre o ICS e as EPIS nos municípios brasileiros.

O ICS foi categorizado, conforme proposto por Macedo e Ferreira (2020), considerando o desvio padrão, sendo apontadas cinco faixas de condições em saúde. Do menor valor até dois desvios padrão abaixo da média, a condição em saúde foi classificada como severa. Entre o segundo e o primeiro desvio abaixo da média, a condição em saúde foi classificada como ruim. Um desvio em torno (abaixo e acima) da média considerou como moderada a condição em saúde.

Do primeiro desvio acima da média até o segundo, a condição de saúde foi considerada como boa. Por fim, acima de dois desvios até o valor máximo, indicou condição em saúde muito boa.

Em relação aos valores recebidos via EPIS pelos municípios seguiu o mesmo raciocínio considerando o desvio padrão para a categorização, sendo apontado cinco faixas de valores: baixo, médio-baixo, moderado, médio-alto e alto valor *per capita*, respectivamente. Para o cálculo, foi considerado o valor médio recebido de EPIS no quadriênio 2011-2014 e em 2015-2018.

Com base na categorização do ICS e das EPIS, procedeu-se ao somatório dos valores categorizados, sendo possível identificar a distorção existente entre os mesmos, ou seja, se a distorção era positiva, negativa ou ponderada, bem como forte ou fraca.

O cálculo da distorção foi realizado com base na categorização das EPIS recebida pelos municípios no período 2011-2014, considerando a categorização do ICS de 2011. Já para os anos de 2015-2018, considerou-se a categorização do índice elaborado para o ano de 2015, a fim de identificar se a impositividade na alocação das emendas individuais teve como princípio norteador a destinação de recursos aos municípios com maiores necessidades de saúde.

O software utilizado para realizar as análises multivariadas foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho propõe analisar se a alocação das EPIS tem se direcionado para os municípios brasileiros que apresentam maiores vulnerabilidade em saúde, para tanto foi criado o ICS, posteriormente analisado o processo de alocação das EPIS destinadas pelos deputados federais, levando em consideração o valor empenhado do quadriênio (mandato do deputado) e em seguida a análise da equidade entre o ICS e a alocação das EPIS.

3.4.1 Construção do Índice de Condição de Saúde (ICS)

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva das variáveis que compõe o ICS. A estatística descritiva das variáveis socioeconômicas e epidemiológicas, utilizadas no estudo para compreender as condições em saúde da população, revela a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Enquanto os valores mínimos para algumas variáveis são próximos à zero para alguns municípios, para outros, chega a 100, como o acesso à água e a taxa de consultas pré-natal, o que revela a desigualdade econômica e social existente no país. Mas é perceptível

também mudanças positivas, como aumento dos valores médios em quase todas as variáveis nos anos de 2015 em relação à 2011.

Tabela 1: Estatística Descritiva das variáveis que compõe o ICS dos municípios brasileiros em 2011 e 2015

Variáveis	2011				2015			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
TSM	80,00	100,00	98,32	1,45	81,25	100,00	98,49	1,43
Txsob_ext	99,68	100,00	99,93	0,03	99,68	100,00	99,92	0,03
PNV_PA	69,23	100,00	92,18	3,33	66,66	100,00	92,10	3,41
TxC_pre_natal	1,46	100,00	62,84	20,47	9,79	100,00	69,44	16,28
PProf_S	98,51	99,97	99,77	0,11	98,08	100,00	99,72	0,13
Txmed-AB	0,10	30,54	1,77	1,58	0,19	18,92	2,11	1,54
P_ES	0,08	7,26	1,08	0,62	0,09	8,27	1,27	0,69
PBF	74,08	99,96	90,12	5,46	14,57	99,76	67,23	19,44
TAIS	36,00	100,00	75,35	11,85	34,00	100,00	80,19	10,48
Tx_agua	0,07	100,00	47,03	28,79	0,61	100,00	68,85	23,72
Pibp	2,57	622,97	14,43	17,81	3,08	513,14	19,63	20,05

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

As variáveis, taxa de médicos da atenção básica e a proporção de estabelecimento de saúde no município apresentam valores médios considerados muito baixos, revelando as iniquidades do sistema de saúde brasileiro. No entanto, em relação ao número de estabelecimentos de saúde nos município analisados, apesar da taxa ser considerada baixa, é possível constatar que todos os municípios são contemplados com os estabelecimentos de saúde.

A escassez de médicos na atenção básica e de estabelecimentos de saúde podem agravar os determinantes sociais da saúde, e se a atenção básica, que é base para todos os demais níveis de atenção, apresentar defasagem, possivelmente todo o sistema será afetado negativamente, contribuindo para um sistema de saúde público deficitário.

A média relativamente baixa de médicos na atenção básica e estabelecimentos de saúde vão ao encontro do proposto por Martin *et al* (2020) que afirmam que muitos municípios possuem pouca infraestrutura e, ainda, precárias e poucos recursos financeiros para manutenção dos médicos. Corroboram também o proposto por Macedo e Ferreira (2020) que apontam que a distribuição de médicos é desigual, o que dificulta o acesso à saúde, bem como a efetividade da atenção básica e a cobertura universal em saúde.

Scheffler *et al.* (2018) apontam que esta realidade é mundial, uma vez que os resultados de sua pesquisa indicam que em 2030 haverá escassez destes profissionais, em 165

países. E, ainda, que os países de baixa renda enfrentarão menores demanda e oferta destes trabalhadores de saúde, devido às precárias condições sociais e, mesmo que tenham profissionais disponíveis, não serão capazes de empregar e reter esses profissionais sem um crescimento econômico consideravelmente maior, especialmente no setor de saúde.

Os resultados demonstram também que a média da proporção de profissionais de saúde que atendem no SUS por habitantes, no entanto, é elevada, e que se mantém ao longo do tempo, corroborando Souza e Dal Poz e Carvalho (2012) que apontam grandes melhorias na disponibilidade de profissionais de saúde no Brasil, no entanto, a maioria destes profissionais não são qualificados, sobretudo em países mais pobres. E Scheffler *et al.* (2018) apontam que os recursos financeiros disponíveis para remuneração destes profissionais são escassos, e os salários, definidos em lei pelo governo, são baixos.

Para construção do índice foi realizada a análise fatorial em que seus resultados, com as estatísticas e suas sínteses, podem ser observados na Tabela 2. Nos dois períodos considerados no estudo, valendo-se das mesmas variáveis, a técnica apontou a formação de quatro fatores para as onze variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas para a construção do ICS. O valor total explicado nos dois períodos ficou próximo. Em 2011, a variância total explicada foi de 62,647% e, em 2015, os quatro fatores explicavam, juntos, 62,894% dos dados.

Tabela 2: Resultado da Análise Fatorial utilizado na construção do ICS

Variáveis	2011				2015			
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
Txmed-AB	0,858				0,855			
PProf_S	-0,756				-0,819			
P_ES	0,625				0,656			
Pibp	0,463				0,450			
TAIS		0,780				0,844		
TxC_pre_natal		0,766				0,762		
PBF		0,682				0,764		
Tx_agua		0,519				0,437		
TSM			0,748				0,765	
PNV_PA			0,741				0,725	
Txsob_ext				0,889				0,899
Auto valor	3,55	1,180	1,121	1,036	3,612	1,177	1,115	1,014
%explicada	32,30	10,727	10,195	9,422	32,814	10,697	10,137	9,220
	3							
KMO (0,803); X^2 (13176,198; p=0,000); Total explicado (62,647%)					KMO (0,814); X^2 (13527,407; p=0,000); Total explicado (62,894%)			

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Em ambos os períodos o fator que mais contribuiu na explicação total foi o primeiro, que agregou a variável socioeconômica, Produto Interno Bruto *per capita* (Pibp), às variáveis epidemiológicas, Taxa de Médicos na Atenção Básica (TxMed_AB), Proporção de Profissionais de saúde no SUS (PProf_S) e Proporção de Estabelecimento de saúde (P_ES), e, por isso, recebeu a denominação de Infraestrutura da saúde. Essa associação reforça os apontamentos da literatura ao indicar que a fixação e manutenção de profissionais de saúde, inclusive médicos, em uma localidade, sofre interferência dos estabelecimentos de saúde e da infraestrutura dos locais de atendimento, fator diretamente ligado às questões socioeconômicas dos municípios (MARTIN *et al*, 2020; ALBUQUERQUE, 2014; SANTOS *et al*, 2012). Giovanella *et al*. (2016) aponta também que há uma menor fixação de médicos onde os profissionais possuem dificuldades geográficas de acesso à Unidade Básica de Saúde, ou percebem não serem capacitados para o trabalho, ou a infraestrutura e os recursos materiais são precários. Portanto, municípios com melhores condições socioeconômicas geralmente apresentam maiores quantidades de estabelecimentos adequados de saúde e tendem a ter melhor qualidade nas ações da APS, refletindo na satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários (MARTIN *et al*, 2020).

O indicador referente à proporção de profissionais de saúde que atende no SUS, no entanto, apresenta relação inversa, o que corrobora os estudos de Santos *et al* (2012) e Martin *et al* (2020) que apontam que o aumento quantitativo de profissionais de saúde nem sempre se traduz em melhorias para o sistema público de saúde, uma vez que a produtividade dos mesmos sofre interferências da disponibilidade de recursos, sobrecarga de trabalho, e agentes químicos, físicos, psicossociais e ergonômicos a que esses profissionais são submetidos. E Scheffler *et al.*, 2018 e Souza; Dal Poz e Carvalho (2012), os quais apontam que a maioria destes profissionais de saúde não são qualificados, sobretudo em países mais pobres, onde os recursos são escassos e os salários são baixos. E esta realidade tende a levar à insatisfação e desestímulo desses profissionais à prestação do serviço.

O segundo fator, agregou as Taxas de Adequação Idade e Série (TAIS), Taxa de Consultas Pré-natal (TxC_pre_natal), Proporção da população não Beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) e Taxa da população coberta com abastecimento de água (Txagua) e foi denominado de Desempenho social. Associação esta, que condiz com a literatura em relacionar a saúde à fatores socioeconômicos (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR,1999).

Este fator permite identificar que estas variáveis se complementam, como propõe Lapa (2018), uma vez que o Programa Bolsa Família contribui para inclusão social das famílias em condições vulneráveis e que os condicionantes do programa contribuem no acompanhamento

dos beneficiários na educação e serviços de saúde, refletindo na saúde das gestantes. Assim, pode-se supor que estes fatores contribuem para que o acompanhamento pré-natal seja realizado de forma adequada e evite problemas à mãe e ao nascituro até sua vida adulta, conforme apontados por Leal *et al* (2020) e Ribeiro *et al* (2018).

O terceiro fator, por sua vez, denominado de Efetividade da saúde básica, adiciona as Taxas de Sobrevivência em Menores de 5 anos (TSM) e Proporção de nascidos vivos com peso adequado (PNV_PA), reforçando a literatura que aponta que o baixo peso ao nascer é um dos principais fatores de risco para o óbito neonatal e que este reflete as condições sensíveis às ações públicas em saúde (TOURINHO; REIS, 2012).

Por fim, o último fator agrupou a estrutura latente da Taxa de Sobrevivência por Causas Externas (Txsob_ext) e, conforme proposto por Macedo e Ferreira (2020), as intervenções preventivas podem ajudar a reduzir o agravamento deste problema de saúde pública.

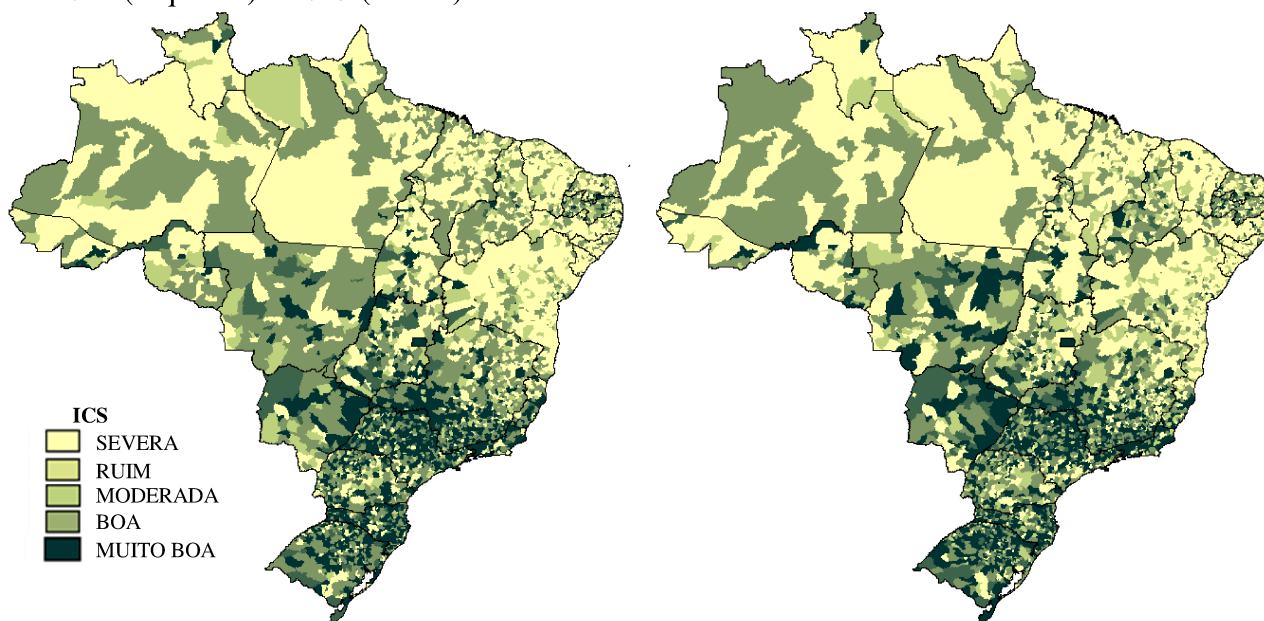
Conforme os pressupostos metodológicos seguidos no estudo, selecionou-se os fatores que apresentaram um autovalor superior a 1 (um). A partir das informações da Tabela 2, seguindo os preceitos metodológicos descritos anteriormente, foi construído o ICS. Este, varia de 0 a 1, indicando que quanto mais próximo a 0, maior era a situação de vulnerabilidade em saúde no município e quanto mais próximo a 1, menor eram as vulnerabilidades e melhor as condições em saúde. A partir de então, o índice foi categorizado, conforme proposto por Macedo e Ferreira (2020), considerando o desvio padrão, sendo apontadas cinco faixas de condições em saúde: severa, ruim, moderada, boa e muito boa.

Os ICSs de 2011 e 2015, anos analisados, apresentaram valores mínimos igual a 0 e máximos igual a 1, demonstrando a heterogeneidade dos municípios brasileiros em relação à saúde. Portanto, existem municípios em condições de extrema vulnerabilidade em contraposto a municípios com traços de vulnerabilidade.

O ICS, em 2011, apresentou média de 0,37, desvio padrão de 0,09 em 5.565 municípios. Em 2015, a média reduziu para 0,34, o desvio foi de 0,11 nos 5570 municípios. Demonstrando que, apesar dos avanços obtidos no sistema de saúde, a situação ainda é deficitária, corroborando Vieira e Benevides (2016), que afirmam que mesmo com as melhorias na eficiência do SUS, existe, do ponto de vista assistencial, *deficit* na oferta de serviços em diversas regiões do país, fazendo com que a vulnerabilidade perpetue.

O resultado da distribuição espacial dos municípios brasileiros segundo os graus de vulnerabilidade do ICS pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação ao ICS para os anos de 2011 (esquerda) e 2015 (direita)



Fonte: Elaboração própria a partir de Tabwin32, 2021.

De acordo com a classificação do ICS em 2011 é possível perceber que os municípios brasileiros se concentram nas situações de vulnerabilidade e condição de saúde moderada, 1844 municípios, com concentração destes nas regiões Sudeste (31,45%), Nordeste (26,35%) e Sul (22,23%). Os municípios que apresentaram condições severas somam 1687 municípios, concentrados, majoritariamente, na região nordeste (58,57%), o que pode, segundo Vieira e Benevides (2016), ser devido ao efeito negativo da União ter reduzido o financiamento público da saúde, conforme proposto pelas EC 86/2015 e EC 95/2016 sobre os estados mais pobres, uma vez que esta região é considerada, segundo o IBGE, uma das mais pobres e menos desenvolvida do país.

E em relação aos 1259 municípios que apresentam traços de vulnerabilidade, ou seja, condições de saúde consideradas muito boa, estes estão concentrados nas regiões Sudeste (49,72%) e Sul (36,38%) do país, regiões consideradas, segundo o IBGE, as principais responsáveis pela dinâmica econômica do país. Mostrando que há indícios que a vulnerabilidade em saúde está associada ao poder econômico do município.

O número de municípios que apresentaram condição em saúde considerada severa e ruim aumentaram 8,24% em 2015 com relação a 2011 e no mesmo período houve redução de 5,03% no número de municípios que apresentavam condições em saúde moderada, boa e muito boa. Esta redução no número de municípios que apresentam condições de saúde

consideradas favoráveis pode ser devido aos municípios e estados não estarem conseguindo financiar suas ações de saúde de maneira a atender à população de forma adequada diante da redução de investimento na saúde, por parte da União.

Corroborando Rodrigues (2018), que aponta que a União, apesar de elevada participação no financiamento da saúde pública, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde e os municípios, com a municipalização dos serviços de APS, assumiram a responsabilidade pela prestação dos serviços e vem ampliando gradativamente seus custos com a saúde pública. Mas Arretche (2007) aponta que os municípios não têm conseguido reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. E Antinarelli (2012) e Arretche (2000), indicam que essa desigualdade é devido à elevada dependência financeira, ou seja, os municípios dependem fortemente das transferências de recursos para prestar os serviços de saúde à população, em especial os de pequeno e médio porte.

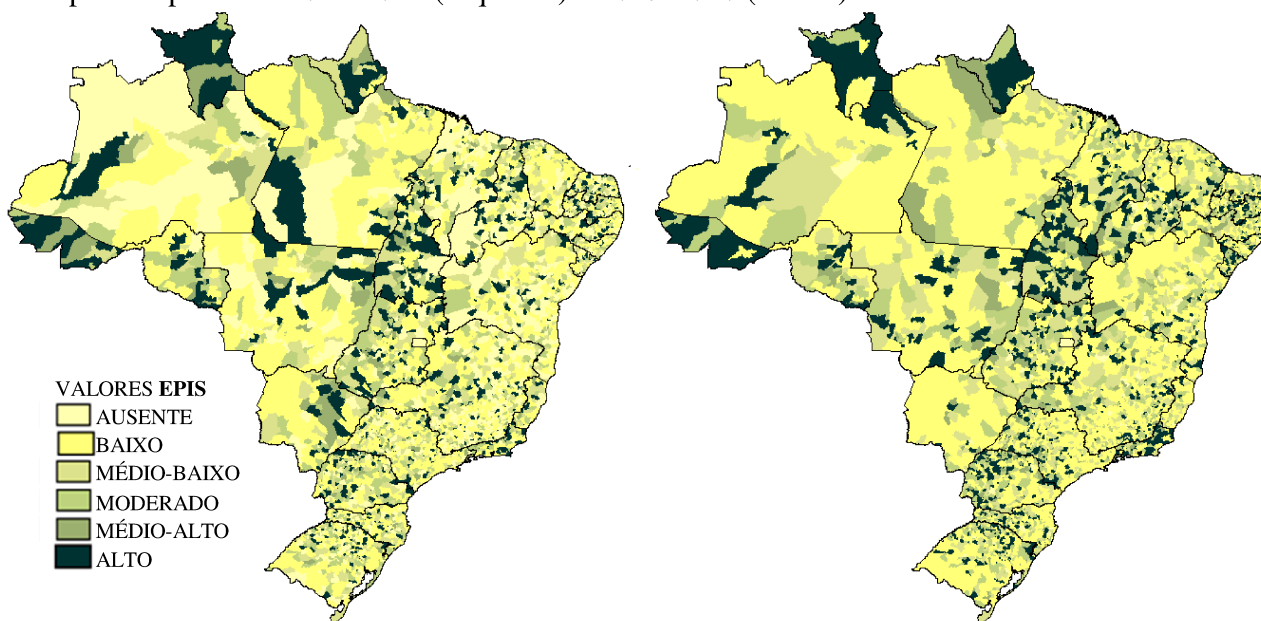
O motivo de alguns municípios terem reduzido sua posição em relação ao ICS pode ser devido à retração proporcional de investimentos da União nas contas da saúde. Neste sentido os legisladores, em 2015, podem ter sido motivados sobre os níveis de cooperação entre os entes federativos, envolvendo as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta, e resolveram contribuir no aporte financeiro para a saúde, com a entrega de recursos correntes ou de capital aos municípios, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira. E editaram a EC nº 86/2015, que prevê o escalonamento, com redução, de recursos para a saúde e estabelece uma cota individual de recursos para cada parlamentar destinar à ASPs, como possível forma de equalizar/compensar os recursos destinados à saúde.

A partir de então, procurou-se observar se a alocação das EPIS foi direcionada para os municípios considerados de maior vulnerabilidade em saúde, ou seja, pautando-se em critérios equitativos.

3.4.2 A alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) nos municípios brasileiros

A fim de identificar se a impositividade na alocação das EPI teve como princípio norteador destinar recursos a municípios brasileiros com maiores necessidades em saúde, a figura 2 apresenta o resultado da distribuição espacial dos municípios brasileiros segundo a categorização dos valores recebidos via EPIS.

Figura 2: Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação ao recebimento de EPIS para os períodos 2011-2014 (esquerda) e 2015-2018 (direita)



Fonte: Elaboração própria a partir de Tabwin32, 2021.

Pela análise da figura 2 é possível observar que a impositividade das EPI aumentou o número de municípios beneficiados em 24,13%. Um aumento significativo, uma vez que entre 2011-2014, 73,50% dos municípios brasileiros receberam recursos via EPIS, e no período 2015-2018, 97,63% dos municípios foram beneficiados com este tipo de recurso.

A comparação entre os dois períodos permite identificar que além do aumento do número de municípios beneficiados, os dados revelaram também mudanças positivas, como aumento nos valores médios *per capita* recebidos no período 2015-2018, o que pode ser devido à garantia de repasse frente a impositividade ou mudanças nas representações no parlamento em virtude das diferentes legislaturas.

Identifica-se ainda que os municípios da região Norte, especificamente dos estados do Acre, Amapá e Roraima mantiveram nos dois períodos o recebimento *per capita* de valores via EPIS considerados médio alto e alto. E grande parte do território do estado do Amazonas não recebeu emendas no período 2011-2014, o que altera em 2015-2018, porém os valores *per capita* auferidos via EPIS ainda são considerados baixos em grande parte do estado.

Dos municípios que receberam baixo valor *per capita* de EPIS no período 2011-2014, a maioria (35,86%) está localizada na região nordeste e 32,82% no sudeste. E, dos 1180 municípios que receberam valores *per capita* considerados altos, 27,48%, estão situados nas regiões nordeste, 23,48% na sudeste e 23,24% na região sul, demonstrando que as regiões

nordeste e sudeste concentram os municípios que angariaram os maiores e menores valores *per capita* via EPIS, evidenciando a heterogeneidade dos municípios que compõe uma mesma região geográfica no país. O que também pode ser devido, conforme proposto por Baião, Couto e Oliveira (2020), à capacidade institucional do município em estar estruturados de forma a receber e executar apropriadamente os recursos das emendas, devido à série de exigências impostas aos municípios para receber transferências voluntárias do governo federal.

Em relação ao porte populacional dos 1475 municípios que não receberam EPIS em 2011-2014, a maioria (40,68%) é de pequeno porte. E com relação aos municípios de grande porte, acima de 500 mil habitantes, todos receberam valores *per capita* oriundos de EPIS considerados baixos. E dos 3902 municípios de pequeno porte que foram beneficiados pelas EPIS, a maioria (42%) recebeu valores *per capita* classificados como moderado a alto no período 2011-2014.

Em relação ao período 2015-2018 é possível perceber que apenas 2,37% dos municípios não receberam recursos financeiros via EPIS. E que houve redução no número de municípios que receberam valores *per capita* considerados baixos e aumentou o número de municípios nos demais níveis considerados, com destaque para os níveis moderado e alto que ampliaram o número de municípios em 24,84% e 30%, respectivamente.

Na comparação dos valores de EPIS recebidos pelos municípios, no período 2015-2018, 2616 municípios receberam valores *per capita* considerados moderados, médio-alto e altos, sendo a maioria (43,58%) de pequeno porte. O que indica que, dentre os recursos destinados aos municípios via EPIS, os pequenos municípios estão recebendo significativo apoio financeiro para custear as ações de saúde. Esta expressividade pode ter como justificativa a tentativa de equalizar os recursos destinados à saúde em virtude da estabilidade com tendência à retração de recursos repassada pela União para aplicação na saúde, e também, pela baixa capacidade de arrecadação própria desses entes. Indo ao encontro do proposto por Rodrigues (2018) que descreve que, em 1988, a União financiava 72% das ações de saúde, e em 2017, em média 43%. E Bijos (2018), que aponta que as EPIS têm se tornando uma fonte alternativa e estratégica de recursos para financiar as ações municipais, sobretudo para os pequenos municípios. Assim, os prefeitos buscam recursos extras junto aos órgãos executivos e legislativos federais e estaduais para realizar despesas em investimento e custeio, inclusive em ASPS.

O que se verifica também nos períodos analisados é a mudança na natureza das despesas, conforme proposto pelo Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público

(MCASP). Em 2011-2014, a maioria (91,47%) dos recursos auferidos via EPIS eram destinados às despesas com investimentos, no período 2015-2018, no entanto, este percentual reduziu para 44,51%, o que indica que os municípios têm apresentado maior demanda por recursos destinados ao custeio, para manutenção das ASPS, sobretudo com a implementação da EC 95/2016. Este resultado vai ao encontro do proposto por Piola e Vieira (2019).

E assim, os municípios, “abrem mão” de recursos destinados a investimentos, que contribuiriam para melhorias e ampliação da infraestrutura, fato apontado por Martin *et al* (2020), como necessário para manutenção dos profissionais de saúde, inclusive médicos, e que influencia diretamente no desempenho da atenção básica. Em detrimento, da manutenção e continuidade dos serviços impostos aos municípios pela descentralização e municipalização das ASPS, conforme apontado por Arretche (2007).

Os dados apresentados na Figura 3 mostram a distribuição dos municípios brasileiros contemplados com as EPIS ao longo de período de 2011 a 2018, a partir do nível de condição em saúde em 2011 e 2015. O somatório da categorização das EPIS e do ICS permitiu extrair a distorção no processo alocativo das EPIS nos municípios brasileiros.

A distorção negativa forte encontra-se mais presente nos municípios da região nordeste (59,98%), indicando que estes municípios apresentam significativa vulnerabilidade em saúde e, ainda assim, não recebem recursos financeiros via EPIS em condições consideradas suficientes para corrigir as iniquidades em saúde. Realidade que permanece no período 2015-2018, mesmo com a impositividade das EPI, uma vez que a região nordeste continua abrigando a maioria (55,90%) dos municípios que apresentam distorção negativa forte. Corroborando também Baião, Couto e Oliveira (2020) que, ao separarem os municípios segundo a necessidade de recursos, identificaram que as localidades com maior carência são exatamente as que recebem menor montante de recursos oriundo das EPI.

Nos períodos analisados as regiões mais privilegiadas com recursos públicos auferidos via EPIS são as regiões sul e sudeste. E nos períodos 2011-2014 e 2015-2018 há um acréscimo de 6,87% no número de municípios que possuem distorção positiva fraca e forte, ou seja, municípios que apresentam baixos índices de vulnerabilidade em saúde e, ainda assim, foram contemplados com valores *per capita* considerados significativos advindos das EPIS. O que corrobora Lima e Ramos (2010) que descrevem que a região sudeste é favorecida pelos parlamentares por ser mais desenvolvida e populosa e possuir maior poder de voto.

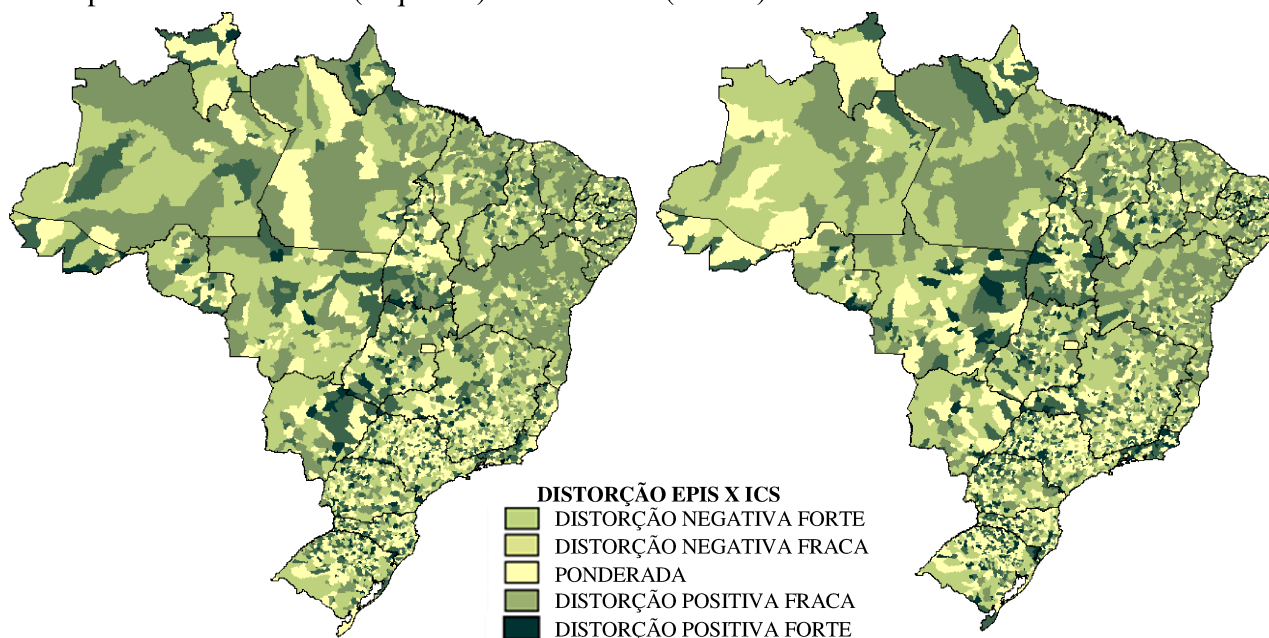
Com relação ao porte populacional, as distorções negativas e positivas fortes se concentram nos municípios considerados de pequeno porte. No entanto, no período 2015-

2018 há uma redução no número de municípios com distorção negativa forte, ou seja, municípios que apresentam alta vulnerabilidade, mas, mesmo assim, receberam baixos valores *per capita* advindos das EPIS. E aumentou o número de municípios com distorção positiva forte, o que significa que os parlamentares estão investindo neste estrato populacional mesmo que estes apresentem baixos índices de vulnerabilidade em saúde. Uma justificativa para essa realidade pode ser o estabelecimento de redes políticas entre os parlamentares e gestores municipais.

Percebe-se também, em relação ao porte populacional em 2015-2018, um aumento de 17,06% no número de municípios de pequeno porte em situação ponderada e distorção positiva fraca e forte, isto devido, em grande parte, pelo aumento dos valores *per capita* angariados via EPIS, que podem estar impactando positivamente a saúde.

Estes resultados corroboram Baião, Cunha e Souza (2017) e Barbosa e Tristão (1999), os quais apontam que a sub-representação de alguns estados acirra a disputa por verbas do orçamento da União, sobretudo via EPI, para o atendimento das demandas locais, todavia estas transferências financeiras reforçam práticas clientelistas, pois dependem fortemente de articulações e da capacidade política do gestor municipal.

Figura 3: Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação às EPIS *versus* ICS para os períodos 2011-2014 (esquerda) e 2015-2018 (direita)



Fonte: Elaboração própria a partir de Tabwin32, 2021.

Os dados revelam que a maioria dos municípios brasileiros (70,24%) no período de 2011-2014 e (71,63%) em 2015-2018 são classificados em situações de distorções fraca ou

ponderada, na relação EPIS e ICS dos municípios, o que nos permite deduzir que as EPIS têm a propensão de corrigir as assimetrias no sistema de saúde pública, uma vez que a maioria dos municípios não apresentam distorções consideradas fortes. Esta constatação é corroborada por Ames (2003), que indica que as EPI podem direcionar recursos para políticas amplas e para as regiões mais carentes, priorizando áreas como saúde, educação, saneamento, entre outros. E Tavares (2016), que aponta que a impositividade das EP foi concebida para reduzir o poder de alocação discricionária de recursos públicos pelo governo federal e garantir parcela exclusiva de recurso para a saúde.

Os dados revelam que 29,75% dos municípios no período 2011-2014 e 28,37% em 2015-2018 apresentaram distorções negativas ou positivas fortes. Ou seja, municípios com condições em saúde consideradas severas ou ruim e que pela lógica equitativa deveriam receber recursos financeiros *per capita* via EPIS significativos na tentativa de corrigir as iniquidades, no entanto, receberam valores considerados baixos ou até mesmo não receberam EPIS. Ou o contrário, municípios com ICS considerados bom, ou seja, que classificam com condições de saúde favoráveis, mas, ainda assim, foram contemplados com valores *per capita* oriundos das EPIS considerados alto ou médio alto, o que nos permite deduzir que os parlamentares podem estar usando da discricionariedade política e eleitoral para definir a alocação dos recursos públicos, e embora a alocação das EPIS deveria ser direcionadas para correção de iniquidades dos sistema público de saúde nos suscita indícios de “clientelismo” entre alguns parlamentares e gestores municipais.

Essa lógica vai ao encontro do proposto por Rodrigues (2019) e De Carvalho Ferreira e Oliveira (2017) que apontam que, ao transferir-se ao Legislativo parcela do poder decisório na escolha de prioridades para fins de implementação de políticas públicas, torna-se possível que o parlamentar aperfeiçoe a proposta encaminhada pelo poder executivo, visando uma melhor alocação dos recursos públicos, no entanto, não necessariamente garante que a aplicação de recursos seja efetiva para o atendimento das necessidades e correção das assimetrias no sistema de transferências de recursos brasileiro. E, assim, Rodrigues (2019), Ramos (2012) e Samuels (2002) descrevem que, por meio das emendas, os parlamentares podem aprimorar a proposta orçamentária do Poder Executivo como também estabelecer ou manter relação clientelista, personalista e direta com seu eleitorado, inserindo demandas de sua base eleitoral no orçamento federal a fim de garantir sua reeleição.

E ainda, Baião, Couto e Oliveira (2020) apontam que as prefeituras estão sujeitas a uma série de exigências para que possam receber transferências voluntárias do governo federal e, por isso, os deputados consideram a capacidade de o município estar apto para

receber os recursos e executá-los apropriadamente. Portanto, para além da mera preferência do parlamentar em destinar emendas à sua base eleitoral, há também o fator institucional, que torna os municípios menos estruturados e menos aptos a receber recursos destinados à saúde pública.

É possível perceber que a impositividade das EPs não conseguiu reduzir de forma significativa as distorções negativas, ou seja, garantir recursos financeiros que permitissem equalizar o sistema público de saúde, o que pode ser devido ao apontado pelo Conselho Federal de Medicina em 2018 que assinala que entre 1995 e 2015, os gastos do Ministério da Saúde mantiveram-se, em média, 1,7% do PIB, no entanto, com a implementação da EC 95/2016, que impõe limites individualizados para as despesas primárias, entre elas a saúde, a destinação de recursos federais para o SUS devem reduzir para 1,0% do PIB até 2036. Assim, o aumento do valor destinado às EPs pode estar contribuindo para equalizar/compensar a redução de recursos repassados pela União, mas não está sendo suficiente para equalizar o sistema público de saúde. Corroborando Baião, Couto e Oliveira (2020) que apontam que as EP parecem não ser capazes de corrigir as distorções em saúde.

Portanto, conforme preceituam Braun e Ritt (2019) e Albuquerque e Souza (2017) a expansão do gasto público e da produção de serviços não é necessariamente expressão de melhoria do atendimento e de eficiência dos serviços em saúde, sobretudo pela falta de controle sobre sua gestão e baixo nível de *accountability* em âmbito municipal (SODRE; ALVES, 2010).

Por isso é imprescindível que este aumento de recursos seja acompanhado de procedimentos que favoreçam a *accountability* e o combate à corrupção, sob pena de crescentes investimentos sem a devida efetividade do sistema público de saúde para seus usuários. O que pode ser comprovado através dos atos envolvendo, sobretudo, as transferências orçamentárias via EPs, apontadas por Sodré e Alves (2010) como o “escândalo dos anões do orçamento” que direcionavam verbas orçamentárias para a realização de obras ligadas a “laranjas”, e o esquema das ambulâncias conhecido como a “máfia dos sanguessugas”.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aprovação da impositividade das EP era esperado que viesse a aumentar a execução orçamentária e financeira das EPI. Os resultados apresentados ao longo do estudo

mostram o aumento significativo no número de municípios beneficiados com recursos públicos advindos das EPIS, assim como o aumento dos valores *per capita* repassados.

Observou-se, em contrapartida, uma diminuição na participação no âmbito das EPIS das alocações para despesas de investimentos, o que faz sentido, uma vez que, com o “congelamento” do teto em ASPS, é compreensível dar prioridade às despesas de custeio. No entanto, a redução de recursos em despesas de investimentos compromete melhorias e ampliação na infraestrutura do sistema de saúde, o que influencia diretamente no desempenho da atenção básica.

É possível identificar, ainda, um aumento significativo no número de municípios que receberam EPIS proporcional à sua necessidade, indicando que as emendas podem estar equalizando/compensando a redução de recursos repassados à saúde pela união. Destarte, com o aumento da participação das EPIS como instrumento de distribuição de recursos federais para as outras esferas, criou-se uma sistemática alocativa de difícil identificação de eventuais efeitos positivos na redução das disparidades regionais, devido à possível compensação de recursos públicos destinados à saúde impostos pelo “congelamento” dos gastos da saúde, atribuídos pela EC 95/2016.

Aumentar o valor alocado/transferido aos municípios por meio de EPI poderia ser uma estratégia de alocar recursos adicionais à saúde. No entanto, esses recursos compõem a aplicação mínima da União em ASPS, destarte não seguem critérios objetivos e uniformes para alocação, baseando-se na discricionariedade do parlamentar, que, por vezes, pode transferir volumes expressivos de recursos para municípios que apresentam boas condições de saúde em detrimento dos que apresentam as maiores vulnerabilidade, transformando as EPIS, em capital político, permeado por práticas clientelistas que reforçam os desequilíbrios federativos e a desigualdade em saúde.

As EPIS demonstram ter contribuído para melhorias nas ASPS, sobretudo em um período marcado pela recessão econômica e escassez de recursos para a saúde, impostos pela EC 95/2016. Assim se o legislador não tivesse instituído a impositividade das EPI, possivelmente as condições da saúde pública brasileira estariam ainda pior.

Portanto, a alocação das EPIS é permeada pelo poder institucional, de articulação e capacidade política do gestor municipal. E evidenciam esforços em corrigir as iniquidades do sistema público de saúde, destarte ainda persistem as atitudes “clientelistas” entre parlamentares e gestores municipais, o que impedem de alcançar, de forma efetiva, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde.

Para trabalhos futuros, recomenda-se analisar se o processo de alocação das emendas é norteado para correção de assimetrias do sistema público de saúde ou por relações “clientelistas” entre parlamentares e gestores municipais, incluindo variáveis que capitem e expliquem estas duas dimensões.

3.6 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; S., C. N. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. **Rev. Bras. Bioética** 2017; 13 (e6):1-17.

ALBUQUERQUE, C. P. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 3, p. 166-171, 2014.

AMES, B.. Os Entraves da Democracia no Brasil. 1. ed. **Rio de Janeiro: FGV**, 2003.

AMES, B.; BAKER, A.; RENNÓ, L. "The 'Quality' of Elections in Brazil: Policy, Performance, Pageantry, or Pork?". In Timothy J. Power and Peter R. Kingstone (eds.), **Democratic Brazil Revisited**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, pp. 107-133, 2008.

ANTINARELLI, M. E. P. B. Federalismo, autonomia municipal e a constitucionalização simbólica: uma análise da dependência financeira dos pequenos municípios mineiros. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, n. 61, p. 445-472, 2012.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953-963, 2017.

ARRETCHE, M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo: **Editora Revan**, 2000.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 331-345, 2003.

_____. A agenda institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* vol.27 nº.71 Curitiba 2019 E pub Mar 09, 2020.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A.S.M; SOUZA, F. S. R. N. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. **Revista de Serviços Públicos, ENAP**. 2017.

BAPTISTA, T. W. F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2267-2279, 2012.

BARBOSA, M. N. L.; TRISTÃO, V. T. V. Federalismo Fiscal, Clientelismo e Reforma Fiscal. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 8, 1. trim. 1999.

BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016.

BIJOS, D. Repensando as Transferências Voluntárias pela Perspectiva dos Atores e das Instituições Locais. **Desenvolvimento em Questão**, v. 16, n. 44, p. 322-350, 2018.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. O mercado médico no Brasil. **Brazilian Journal of Public Administration**, v. 33, n. 1, p. 55 a 66-55 a 66, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 de dezembro de 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. **Diário Oficial da União**, 2015.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União** 1988.

BRAUN, L. E.; RITT, C. F. As principais práticas de corrupção na prestação do direito à saúde no rio grande do sul e algumas formas de combatê-las. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2019.

CARVALHO, M. Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na Redução das Desigualdades Regionais. Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo **Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados**, 2007.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Nas capitais, comprometimento com despesas em saúde aumenta, mas não resolve problemas. 2018. Disponível em: portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27964:2018-11-13-14-18-26&catid= Acesso em 29/02/2020.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Banco Mundial apresenta relatório sobre o setor saúde no Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/banco-mundial-apresenta-relatorio-sobre-o-setor-saude-brasil/>. Acesso em 28/02/2020.

COSTA, A. M. **A saúde em tempos de golpe**. 2017.

COSTA, C. C. de M. *et al.* Fatores associados à eficiência na alocação de recursos públicos à luz do modelo de regressão quantílica. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1319-1347, 2015.

CUNHA, N. R. da S. *et al.* A intensidade da exploração agropecuária como indicador da degradação ambiental na região dos Cerrados, Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 46, n. 2, p. 291-323, 2008.

DE CARVALHO FERREIRA, F. G. B.; OLIVEIRA, C. L. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 38, n. 76, p. 183-212, 2017.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. Análise de dados: modelos de regressão com Excel, Stata e SPSS. **Rio de Janeiro: Elsevier Brasil**, 2015. v. 1.

FERREIRA JUNIOR, S. *et al.* Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 2, p. 105-119, 2017.

FERREIRA, M. A. S. **Perspectivas do controle social**: uma análise da natureza e extensão da participação cidadã na gestão dos municípios mineiros. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade, 2015.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. supl.1, p. 46-60, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2697-2708, 2016.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

HAIR, J. F. *et al.* Análise multivariada de dados. **Bookman Editora**, 2009.

JANNUZZI, P. de M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005.

JÚNIOR, S. F.; FAHEL, M. C. X.; MOREIRA, T. C. F. Indicadores Municipais de Necessidades de Saúde na orientação de Políticas para a Atenção Primária: uma Proposta Aplicada para o Estado de Minas Gerais. **XXXVIII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2014.

KLINGENSMITH, J. Z. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. **Economies**, v. 7, n. 1, p. 16, 2019.

LAPA, A. **Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde**. Dissertação. 2018.

LEAL, M. do C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.

LEMOS, L.; RICCI, P. Individualismo e partidarismo na lógica parlamentar: o antes e o depois das eleições. In: O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira. Belo Horizonte: **Editora UFMG**. 2011. p. 207-238.

LIMA, A. C. da C.; RAMOS, F. de S.. Há desigualdade de poder entre os estados e regiões do Brasil? Uma abordagem utilizando o índice de poder de Banzhaf e a Penrose Square Root Law. **Economia Aplicada**, v. 14, n. 2, p. 225-249, 2010.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. **Dados**, v. 48, n. 4, p. 737-776, 2005.

LOWI, T. J. (1964) “American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory”, **World Politics**, vol. 16, no 4, p. 677–715.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACEDO, A. dos S.; FERREIRA, M. A. M. O Programa Mais Médicos e alocação equitativa de médicos na Atenção Primária À Saúde (2013-2017). **REAd. Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 381-408, 2020.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl.2, p. 144-161, 2017.

MAROCO, J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 6. ed. **Perô Pinheiro**, 2014.

MARTIN, D. G. *et al.* Disposición e implicaciones del Programa Más Médicos en los indicadores de atención primaria de salud en Minas Gerais 2013-2015. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 352-380, 2020.

MASKIN, E.; TIROLE, J. Pandering and pork-barrel politics. **Journal of Public Economics**, v. 176, p. 79-93, 2019.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MONTEIRO; J. M.; CEDRAZ; A.; SILVA; C. M. da C. **Relatório de auditoria**. Emendas parlamentares ao projeto de lei orçamentária. Falhas na informação e definição de objetos prioritários. Deficiência na interlocução entre os poderes executivo e legislativo. Fragmentação antieconômica dos recursos. Inexistência de critérios úteis à diminuição das

desigualdades regionais. Possibilidades de aprimoramento do processo de elaboração e execução. Determinações e recomendações. Arquivamento. TCU. 2018.

NARDO, M. *et al.* **Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide**. Paris: OECD Publishing, 2008.

OLIVEIRA, C. N. de. Emendas Parlamentares: entre a ficção e a realidade na assistência financeira às Universidades Estaduais. *Universidade e Sociedade* 61 Ano XXVIII - Nº 61 - janeiro de 2018. **Revista publicada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN**. Semestral. Brasília.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEREIRA SILVA, A. de A. *et al.* Efficiency in the Allocation of Public Resources for Education, Health and Housing at the Municipal Level in the Brazilian State of Minas Gerais. **Contabilidade Gestão e Governança**, v. 15, n. 1, p. 96-114, 2012.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. "The cost of governing strategic behavior of the president and legislators in Brazil's budgetary process". **Comparative Political Studies**, vol. 37, no 7, p. 781-815, 2004.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018. (**Texto para Discussão, n. 2439**).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no sistema único de saúde, Texto para Discussão, No. 2497, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília. 2019

PORTO, S. M. *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.

RAMOS, M. F. Emendas Individuais ao Orçamento da União dos Deputados Federais do Estado da Paraíba da 53ª Legislatura: Uso Eleitoral das Emendas Individuais ao Orçamento. 2012. <http://bd.camara.leg.br> **Biblioteca digital da Câmara**.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, 2018.

RODRIGUES, J. A. M. Emendas Parlamentares Individuais e Conexão Partidária: um estudo de caso do Ministério das Cidades. 2018.
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555175/ILB2018_RODRIGUES.pdf?sequence=1

RODRIGUES, T. A. Emendas parlamentares individuais: a relação entre os poderes executivo e legislativo após a promulgação da Emenda Constitucional 86/2015. **Revista Orçamento em Discussão**, Brasília, n. 045, 2019.

SAMUELS, D. J. *Pork barrel* ing is not credit claiming or advertising: Campaign finance and the sources of the personal vote in Brazil. **Journal of Politics**, v. 64, n. 3, p. 845-863, 2002.

SANFELICE, V. **Determinantes do voto para deputado federal: relação entre emendas orçamentárias e desempenho eleitoral**. 2010. Tese de Doutorado.

SANTOS, J. L. G. dos *et al.* Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SANTOS, L. F. dos; FERREIRA, M. A. M.; CAMPOS, A. P. T. de. Rural development and family agriculture in the Brazilian state of Minas Gerais in the light of multivariate data analysis. **Interações**. Campo Grande, v. 19, n. 4, p. 827-843, 2018.

SCHEFFLER, R. M. *et al.* Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

_____. Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, p. 516-523B, 2008.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Ipea**, 2011.

SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. **PLoS One**, v. 7, n. 3, p. e33399, 2012.

TAVARES, R. P. **Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2016.

TOURINHO, A. B.; REIS, M. L. B. de S. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. **Comun. ciênc. saúde**, p. 19-30, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2012. p. 183-206.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Enap**. 2016.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: **Ipea**. (Texto para Discussão, 2516). 2019.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, 1992.

WISEMAN, V. *et al.* Measuring inequalities in the distribution of the Fiji Health Workforce. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, p. 115, 30 jun. 2017.

4 ARTIGO II - ALOCAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS: CORREÇÃO DE ASSIMETRIA EM SAÚDE OU GANHO POLÍTICO?

RESUMO

A Administração Pública brasileira apresenta importantes inovações a partir da Constituição Federal de 1988, dentre elas, a possibilidade, através das emendas parlamentares, do poder legislativo direcionar a Lei Orçamentária Anual. E, entre elas, têm-se as emendas parlamentares individuais (EPI), que se apresentam como oportunidade do parlamentar beneficiar regiões com maiores necessidades, sobretudo em saúde, assim como privilegiar seu reduto eleitoral, a fim de garantir a sobrevivência política. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo identificar quais indicadores, necessidade de saúde ou ganho político, favorecem a indicação das EPI destinadas à saúde (EPIS). Para tanto foi realizado a regressão linear múltipla com dados em painel para os municípios brasileiros que angariaram recursos via EPIS, no período 2012-2018. Como principal resultado foi identificado que a alocação das EPIS é impulsionada pela combinação de fatores técnicos, que consideram a necessidade de saúde, e fatores políticos. E que parlamentares e eleitores buscam maximizar seus interesses, estes, políticas locais e, aqueles, manter-se no poder, sendo as redes políticas muito importantes neste processo. No entanto, torna-se importante, na alocação das EPIS, maior comprometimento com fatores técnicos, a fim de melhorar as condições do sistema público de saúde.

Palavras chave: Emendas Parlamentares Individuais. Necessidade de saúde. Ganho político. *Pork barrel.*

ABSTRACT

The Brazilian Public Administration presents important innovations since the Federal Constitution of 1988, among them, the possibility, through parliamentary amendments, for the legislative power to direct the Annual Budget Law. And, among them, there are the individual parliamentary amendments (EPI), which are presented as an opportunity for the parliamentarian to benefit regions with greater needs, especially in health, as well as to privilege their electoral stronghold, in order to guarantee political survival. Thus, this article aims to identify which indicators, health needs or political gain, favor the indication of EPI

for health (EPIS). For this purpose, multiple linear regression with panel data was performed for Brazilian municipalities that raised funds via EPIS, in the period 2012-2018. As a main result, it was identified that the allocation of EPIS is driven by a combination of technical factors, which consider the need for health, and political factors. And that parliamentarians and voters seek to maximize their interests, these, local policies, and those, staying in power, with political networks being very important in this process. However, it is important, in the allocation of EPIS, a greater commitment to technical factors, in order to improve the conditions of the public health system.

Keywords: Individual Parliamentary Amendments. Health need. Political gain. *Pork barrel*.

4.1 INTRODUÇÃO

Desde o processo de redemocratização (1985), há, no Brasil, uma crescente conscientização entre grupos políticos e sociais sobre a necessidade de políticas públicas capazes de promover mudanças em direção à inclusão social devido às desigualdades socioeconômicas existentes (BERTHOLINI, PEREIRA; RENNÓ, 2018; ALSTON *et al*, 2016).

Nesse contexto, a proposição de Emendas Parlamentares Individuais (EPI) possibilita a entrada de demandas regionais no orçamento federal e é uma oportunidade do parlamentar atender sua agenda política direcionando recursos para a realização de projetos específicos, em regiões mais carentes, priorizando áreas necessitadas como saúde, educação, saneamento (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ, 2018; BAPTISTA *et al*, 2012).

As emendas propostas pelos legisladores no orçamento anual, na forma de políticas distributivas locais e que atendem a interesses públicos específicos, podem ter efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos, melhorando as condições de vida, reduzindo as desigualdades regionais e a pobreza e promovendo o desenvolvimento local e a inclusão social e econômica. Porém, seus efeitos podem não ser sustentáveis ao longo do tempo (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNO, 2018; PEREIRA; BERTHOLINI, 2017; CARVALHO, 2007; LEMOS, 2001).

Ames, Pereira e Rennó (2011) apontam que os municípios que mais precisam de emendas, devido às precárias condições sociais e econômicas, geralmente, as recebem. Servindo como evidência de que as iniciativas de políticas locais feitas pelos parlamentares geram benefícios e, conseqüentemente, têm prospecção de reduzir as

desigualdades e melhorar as condições econômicas dos municípios. Além dos incentivos eleitorais que os parlamentares têm, ao garantir que as emendas de sua autoria atinjam o destino proposto e que sejam implementadas de forma adequada para atender seus distritos eleitorais, como forma de melhorar a condição de vida do seu reduto eleitoral e garantir sua sobrevivência política (PEREIRA; RENNÓ, 2003).

Por outro lado, as Emendas Parlamentares Individuais (EPI) são vistas, na literatura, como sujeitas à inefetividade, dada a sua natureza particularista e personalista. Visto que, o clientelismo se manteve forte tanto no período do autoritarismo como no democrático (DE OLIVEIRA NUNES; 1997). Pois, embora, nas políticas locais, os legisladores garantam infraestrutura para os municípios em diferentes áreas como saúde, educação e obras públicas, estas são, geralmente, conceituadas como de natureza clientelista, com tendência distributiva, em que prevalecem interesses particulares. Os parlamentares, portanto, podem destinar verbas públicas em troca de apoio eleitoral, por questões meramente políticas, sem observar critérios sociais ou econômicos, com objetivo de assegurar sua sobrevivência política (BAIAO; COUTO; OLIVEIRA, 2020; BAIÃO, COUTO; JUCÁ, 2018; TOUCHTON; BORGES SUGIYAMA; WAMPLER, 2017; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; RAMOS, 2012; LEMOS; RICCI, 2011; AMES, BAKER E RENNÓ, 2008).

A estratégia política de troca de apoio eleitoral e engajamento para a reeleição e a falta de coordenação dos recursos, visto que as EPI são de indicação discricionária, pode resultar em um possível “excesso” de repasses por diferentes parlamentares para um mesmo município (MIGNOZZETTI; CEPALUNI, 2017).

A alocação de políticas públicas em uma mesma localidade, além da necessidade, pode não refletir o efeito esperado nos indicadores sociais e econômicos ao longo do tempo. Uma vez que, acima de certo limite, maiores investimentos em uma localidade ou política resultam em níveis mais baixos de benefícios para a população (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNO, 2018).

Além disso, municípios com menor capacidade de coordenação institucional podem receber menos EPI, enquanto outros municípios com maior capacidade de organização e coordenação podem receber benefícios além de sua necessidade (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNO, 2018). Fato que é justificado pela Teoria da Escolha Pública, que indica que as políticas públicas beneficiam mais os grupos organizados na sociedade (HOLCOMBE, 2018; SALM, 2009). Indicando que, independentemente das necessidades de desenvolvimento do município, os parlamentares preferem alocar recursos para lugares onde possuem conexões

políticas, em detrimento dos municípios mais carentes (MIGNOZZETTI; CEPALUNI, 2017; PEREIRA; RENNO, 2003).

Do ponto de vista da Teoria da Escolha Pública, em um cenário que o parlamentar visa à reeleição e o eleitor políticas locais, as EPI apresentam-se como uma estratégia eficiente tanto para eleitores quanto para legisladores e que pode proporcionar melhorias na qualidade da representação democrática, uma vez que o resultado do sistema político é reflexo da satisfação dos interesses dos eleitores.

E se o “clientelismo” em torno da alocação das EPI reflete uma ação mútua do parlamentar em oferecer uma política local de necessidade dos eleitores, então significa que a representação está funcionando de maneira responsiva às pretensões dos votantes. Podendo reduzir as desigualdades sociais e contribuindo para regimes democráticos mais justos e iguais, sobretudo em países imersos em desigualdade e pobreza, com governos municipais dependentes de recursos (TROMBORG; SCHWINDT-BAYER; 2019; BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ, 2018).

Tendo em vista a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 86/2015 que traz a obrigatoriedade de execução orçamentária e financeira das EPI e estabelece que metade do valor deve ser destinado às ações de saúde. E, diante da dualidade de pensamentos, em que parte da literatura considera as EPI como clientelistas, e a outra parte, como responsivas e capazes de melhorar as condições de vida dos munícipes, bem como promover o desenvolvimento local e mitigar as diferenças regionais, tornou-se pertinente investigar: que indicadores, sociais, de saúde e político, explicam a alocação de EPIS nos municípios brasileiros?

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação de indicadores sociais, de saúde e políticos na indicação e alocação de EPIS nos municípios brasileiros.

Tal questionamento se justifica, uma vez que, anterior à EC 86/2015, o Executivo detinha completa discricionariedade para eleger as EPI a serem executadas e que a execução das mesmas estava atrelada ao apoio do deputado à agenda presidencial. No entanto, a impositividade das EPI veio garantir sua execução durante o exercício financeiro independente de apoio à agenda presidencial, tendo os deputados maior discricionariedade na escolha das políticas públicas locais, apresentando-se como uma oportunidade de minimizar as assimetrias em saúde. No entanto, há expectativa de clientelismo entre os parlamentares e os municípios e que os mesmos disponibilizem os recursos financeiros de sua autoria, visando maximizar seu ganho político.

Em âmbito acadêmico, diversos estudos têm sido realizados analisando os efeitos empíricos das emendas parlamentares como os realizados por: Samuels (2002); Limongi e Figueiredo (2005); Ames (2003), Carvalho (2007); Ames, Baker e Rennó (2008); Baptista *et al* (2012); Tavares (2016); Baião e Couto (2017); Baião, Cunha e Souza (2017); Bertholini, Pereira e Rennó (2018); Baião, Couto e Jucá (2018); Oliveira (2018); Klingensmith (2019); Maskin e Tirole (2019); Baião, Couto e Oliveira (2020); Almeida (2021).

Diante dos resultados encontrados, o presente estudo avança ao identificar os indicadores que explicam o processo alocativo das EPIS nos municípios brasileiros. Espera-se compreender se os critérios considerados pelos parlamentares na alocação das EPIS visam alocar os recursos de forma efetiva, ou seja, para os municípios que realmente necessitam, observando indicadores sociais e de saúde como possibilidade de correção das iniquidades em saúde, ou por critérios políticos. Esses resultados poderão subsidiar o processo de alocação das políticas públicas locais buscando melhorias para o sistema público de saúde.

Além da presente introdução, no item 2, são destacados elementos teóricos responsáveis por embasar a construção do problema de pesquisa. No terceiro item são apresentados os procedimentos metodológicos deste estudo. No tópico 4, são discutidos os resultados e, por fim, no tópico 5 são apresentadas as considerações finais.

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção aborda brevemente os conceitos teóricos e discussões empíricas referentes à Teoria da Escolha Pública e questões advindas das Emendas Parlamentares Individuais e necessidade de saúde.

4.2.1 Teoria da Escolha Pública

Teorias econômicas focadas no nível microanalítico, estudam a maneira pela qual consumidores, produtores e os mercados competitivos buscam maximizar sua utilidade (TOMA, 2014). Nesses mercados, a alocação de recursos é, em teoria, eficiente, e levam a uma troca voluntária e benéfica que gera o bem-estar das partes envolvidas (HOLCOMBE, 2018; VISCUSI; GAYER, 2015).

No entanto, a ocorrência de falhas de mercado causadas, dentre outros fatores, por externalidades impedem que os recursos sejam alocados para seu uso de maior valor, o que legitima a intervenção do Estado na economia, a fim de prover bens públicos (HOLCOMBE,

2018; OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017; IOVITU; BRAN, 2015; VISCUSI; GAYER, 2015).

Assim, a Teoria da Escolha Pública começa a ser entendida como uma extensão dos métodos da teoria econômica convencional, para o ambiente conhecido como mercado político. Seu principal argumento é que, os indivíduos se associam politicamente pelo mesmo motivo pelo qual se reúnem no mercado e, mesmo que estes motivos sejam interesseiros, eles conseguem se beneficiar reciprocamente por intermédio da tomada de decisão coletiva. Portanto, tanto na economia quanto na política, o indivíduo é um maximizador de utilidades egoístas e racionais (SALM, 2009; DIAS, 2009).

Para Buchanan (1975), a tentativa, por parte do Estado, de intervir nos mercados privados buscando corrigir as falhas de mercado não soluciona o problema e termina por provocar as chamadas falhas de governo. Essencialmente essas falhas têm origem no fato dos agentes executores das políticas públicas, que intervêm na economia, serem indivíduos motivados em atingir os objetivos que satisfazem seus próprios interesses, antes de atender aos da sociedade (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

A Teoria da Escolha Pública também ajuda a compreender os grupos de interesse e sua influência nas políticas públicas. Os programas governamentais, em sua maioria, oferecem “bens quase públicos”, serviços que beneficiam mais a alguns grupos na sociedade que a outros. Racionalmente, os indivíduos interessados em benefícios específicos se organizam para cobrar ações do governo. No entanto, o custo desses benefícios específicos pode ser compartilhado por todos os contribuintes. Essa concentração de interesses para a minoria e a dispersão de custos para a maioria acaba criando um sistema de grupos de pressão favorável a interesses bem-organizados que buscam expandir as atividades do governo às custas de grupos maiores e em benefício próprio (HOLCOMBE, 2018; SALM, 2009).

Fato que Baron (1991) aponta como perceptível na indicação das EPI, pois as mesmas visam beneficiar interesses particulares com custos coletivos, podendo levar a programas distributivos economicamente ineficientes, mas politicamente e eleitoralmente populares. Ortega e Penfold-Becerra (2008) e Robinson e Verdier (2003) confirmam esse argumento e afirmam que o *pork barrel*, expressão utilizada na literatura internacional para designar o particularismo legislativo, em que deputados utilizaram políticas distributivas visando o voto dos beneficiários (LOWI, 1964), e o clientelismo são estratégias políticas relativamente atraentes quando há altos níveis de desigualdade social.

A Teoria da Escolha Pública descreve que as decisões políticas e econômicas dos governos estão sujeitas a um conjunto de poderes repartidos por agentes com diferentes

funções no sistema político. Executivo, legislativo, sistema judicial, administração pública, partidos políticos, grupos de interesse; todos interferem na possibilidade e capacidade de implementação das políticas. O processo político democrático pode ser analisado como um mercado competitivo no qual os agentes que nele atuam (políticos, cidadãos, funcionários públicos) têm motivações egoístas em que, por exemplo, se assume que os políticos pretendem maximizar os votos e garantir a reeleição (PEREIRA, 1997).

A esfera política é organizada como um mercado onde os políticos atuam como empresários, intermediando a negociação na qual há troca de votos por políticas públicas locais, revelando que o que está em jogo no mercado político e econômico são interesses privados, onde se assume que as ações dos políticos têm por objetivos a maximização do apoio político e são orientadas para conquistar o maior número de votos; e o auto interesse de eleitores, políticos e burocratas resulta no crescimento dos gastos públicos (DIAS, 2009; BORBA, 2005).

Nesta perspectiva, consolidou-se no Brasil o entendimento de que o presidencialismo de coalizão convive com o caráter autorizativo do orçamento público, que transforma a execução das emendas parlamentares em instrumento de barganha do executivo, legislativo e eleitores com custos coletivos para a sociedade. Por meio das emendas, os parlamentares aprimoram a proposta orçamentária do Poder Executivo, estabelecem ou mantêm uma relação clientelista, personalista e direta com seu eleitorado (RAMOS, 2012). E, segundo Baião, Couto e Jucá (2018), as emendas propostas por membros dos partidos que apoiam o governo, sobretudo dos líderes de governo e articuladores políticos, comumente têm execução prioritária.

A Teoria da Escolha Pública situa a política partidária em posição central no pensamento sobre a democracia. Seu esforço teórico se dirige na direção de explicar o comportamento dos parlamentares ao comporem sua agenda de governo e dos eleitores ao decidirem o seu voto como um consumidor no mercado (BORBA, 2005).

Assim, Tromborg e Schwindt-Bayer apontam que “a democracia representativa está enraizada na relação entre eleitores e seus representantes”. De acordo com esta visão os “eleitos devem ser *responsivos* aos anseios e preferências dos votantes” (2019, p. 35).

E se as EPI refletem uma ação mútua, do parlamentar em oferecer uma política local de necessidade dos eleitores, então, as políticas locais não podem significar ruptura na representação (AMES; PEREIRA; RENNÓ, 2011). Pelo contrário, indicam que a democracia está funcionando de uma maneira responsiva às pretensões dos cidadãos ao propor políticas públicas que buscam sanar os problemas locais (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ, 2018).

Pois, muitas vezes, um dos únicos meios pelo qual os recursos públicos chegam aos municípios carentes para atender às demandas de alto custo é através das EP (AMES; PEREIRA; RENNÓ, 2011).

Do ponto de vista egoísta e racional do indivíduo maximizador de utilidade, as EPI são estratégias eficientes tanto para eleitores quanto para legisladores e podem proporcionar melhorias na qualidade da representação democrática, uma vez que o resultado do sistema político é reflexo da satisfação dos interesses dos eleitores. E, para muitos eleitores, o bom parlamentar é aquele que leva recursos materiais e viabiliza investimentos para o município (TAVARES, 2016).

Entretanto, eventualmente, o uso de emendas parlamentares tem sido moeda de troca de favores entre os Poderes e seu eleitorado, muitas vezes em detrimento do interesse público, ocorrendo desvio de finalidade, afrontando o princípio da moralidade administrativa (TAVARES, 2016).

O Estado é, portanto, o produto de trocas políticas, e existe com o intuito de servir à sociedade (BUCHANAN, 1975; LEMIEUX, 2015). No que tange às escolhas públicas, Silva (1996) explica que estas são imperfeitas por duas razões: a primeira é que os políticos atuam no sentido de defender seus interesses privados e, não raro, advogam em favor de determinados grupos organizados dentro da sociedade. A segunda razão é que, ainda que fosse do interesse dos agentes públicos atender aos interesses de todos os cidadãos, é inviável a identificação de todas as demandas em todos os momentos.

Visando tornar mais compatíveis as decisões públicas e os interesses da sociedade, a Teoria da Escolha Pública sugere o estabelecimento de um contrato social entre os cidadãos e os agentes públicos (SILVA, 1996; LEMIEUX, 2015). Este raciocínio muito se assemelha ao conceito de relação de agência de Jensen e Meckling (1976), considerando-se que a sociedade civil pode ser encarada como o principal e o Estado, o agente. Lemieux (2015), Przeworski (2003) e Silva (1996) compartilham a visão de que o Estado pode ser considerado como o agente e os eleitores como o principal de uma relação de agência.

A distinção entre agente e principal na gestão pública é um pressuposto do processo democrático, assim, por mais que no momento da escolha do agente (pelo voto) as propostas pareçam revelar alinhamento de interesses na tomada de decisão acerca de políticas públicas e de recursos orçamentários, na gestão propriamente dita, devido ao grau de incerteza sobre as preferências políticas dos eleitores, os políticos podem diferenciar suas agendas políticas e, devido à falta de transparência e as dificuldades de controle, podem criar condições para o

surgimento de comportamentos oportunistas e, por vezes, clientelistas (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017; PINTO *et al*, 2014, BORBA).

Fato perceptível em alguns deputados, que direcionam as emendas para os municípios que os representam sem se importar com as prioridades ou com um sistema equânime, com regras objetivas de seleção vinculada a um diagnóstico da realidade. Mas, através de uma escolha de cunho pessoal, pois, muitas vezes, o recurso é destinado a instituições e projetos que não atendem a real demanda do município. Neste sentido o direcionamento de verbas públicas afronta aos princípios da administração pública, pois a aplicação dos recursos proveniente de EP, assim como toda política pública, deverá obedecer aos princípios formais da administração pública e nortear-se pela finalidade precípua da Administração, que é o atendimento do interesse público (LIKES, 2015).

Ademais, os eleitores também desfrutam de uma determinada incerteza ao formular suas preferências políticas, pois não conhecem a relação entre as ações governamentais e sua utilidade, porque não dispõem de instrumentos institucionais que obriguem os políticos a cumprir o que foi prometido (BORBA; 2005). Essa falta de controle abre lacunas para o aumento das desigualdades e a perda de legitimidade dos governantes (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017). Visto que os recursos das emendas já foram utilizados para práticas corruptas, como desvios de recursos nas operações que ficaram conhecidas como os “Anões do Orçamento”, em 1993, e da “Máfia dos Sanguessugas”, na qual recursos da saúde foram utilizados na compra de equipamentos com preços superfaturados (SODRE; ALVES, 2010).

Pois, diferentemente do mercado, os governos, não conseguem identificar as preferências dos cidadãos em relação aos bens públicos, nem avaliar corretamente os custos sociais das externalidades, por isso tentam posicionar-se em relação às políticas públicas, para atrair o maior número possível de eleitores, pois têm, dentre seus interesses, a reeleição (SALM; 2009). O autor chama esse comportamento de miopia gerencial, priorizando o interesse próprio, sobretudo por permanecer no poder transitoriamente, o agente tende a agir oportunisticamente, priorizando ações que maximizem seu ganho no curto prazo (GUIMARÃES DOS SANTOS, 2015).

As falhas do governo são semelhantes aos fracassos do mercado. O “mercado político” não é de concorrência perfeita, o agente público é motivado por seus interesses privados e sujeito às pressões de grupos de interesses, somando-se esse fato à assimetria de informação existente entre o agente e o principal, temos a existência de um contrato incompleto e de um agente imperfeito (MARTINS; JUNIOR; ENCISO, 2018).

As EPI são oportunidades do parlamentar atender sua agenda política direcionando recursos para a realização de projetos específicos para atendimento às regiões mais carentes, priorizando áreas necessitadas como a saúde, mas, também, para seu reduto eleitoral, com o objetivo de assegurar a sobrevivência política, como será descrito a seguir.

4.2.2 Emendas Parlamentares Individuais e a necessidade em saúde

A CF/88 ao estabelecer os princípios de universalidade, integralidade e descentralização do SUS, também estabeleceu que tais princípios devem visar a progressiva redução das disparidades regionais através da repartição de recursos por meio dos fundos de participação de estados e municípios. No entanto, a falta de um planejamento integrado entre os critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento das políticas de saúde e o sistema de partilha tributário da federação brasileira, acaba dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais. Existem problemas referentes aos conflitos gerados pelos desequilíbrios verticais decorrentes da descentralização fiscal e da incapacidade dos dispositivos do sistema tributário vigente em corrigir as desigualdades horizontais que demarcam a federação brasileira (LIMA, 2008).

A coordenação federativa se materializa nos incentivos financeiros que estimulam os municípios a incorporarem as diretrizes e programas estabelecidos pelo governo federal e ressaltam a responsabilidade da União e dos estados em apoiar técnica e financeiramente os municípios na gestão da atenção primária, tendo como um dos seus princípios a redução das iniquidades em saúde. Dessa forma, recomenda-se a utilização de indicadores que permitam fazer o levantamento das heterogeneidades regionais em suas dimensões epidemiológicas, de estrutura física e humana, dentre outras, como forma de subsidiar as políticas de saúde em seu território (JÚNIOR; FAHEL; MOREIRA, 2014).

A necessidade de saúde refere-se às desigualdades que podem ser alteradas por políticas públicas setoriais, excluindo as disparidades que dependam de fatores individuais e de estilos de vida ou de condições socioeconômicas mais amplas. Na prática, contudo, a mensuração dessas necessidades acaba por envolver uma medida relativa que condiciona a saúde a outros determinantes como o ambiente físico e social em que as pessoas convivem (FERREIRA JUNIOR *et al*, 2017).

A equidade em saúde, portanto, perpassa as capacidades administrativas, econômicas e institucionais dos municípios que podem comprometer a capacidade dos recursos, políticas e

programas que desempenham importância na formação da saúde e que caminham na direção de equalizar os efeitos entre grupos sociais, mais ou menos favorecidos. Muitos destes indicadores, muitas vezes, estão fora do controle imediato do setor da saúde e envolvem as multidimensões das vulnerabilidades em saúde, que consideram elementos epidemiológicos, de recursos e utilização dos serviços de saúde, sociais e econômicos (MACEDO; FERREIRA, 2020).

Na possível busca pela equidade e fortalecimento da atenção à saúde, a EC 86/2015 traz a obrigatoriedade de execução orçamentária e financeira das emendas individuais, e estabelece valor mínimo de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), sendo que metade do valor deve ser destinado a ações de saúde, devendo ser executado no exercício financeiro. Entretanto, apesar da possibilidade dos parlamentares proporem emendas ao orçamento, para atender às demandas políticas ou sociais, cabe ao Executivo, efetivamente, transferir os recursos de acordo com seu planejamento, disponibilidade financeira e interesses políticos (OLIVEIRA, 2018).

Nesta perspectiva, as emendas parlamentares são consideradas um mecanismo redistributivo e redutor das desigualdades, que permite compensar as transferências previstas no sistema de partilha fiscal brasileiro (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Os parlamentares, por meio das emendas, inclinam-se por políticas amplas e destinam recursos para as regiões mais carentes, priorizando áreas como saúde, educação e saneamento, em que há escassez de recursos e iniquidade das condições de financiamento (OLIVEIRA, 2018; AMES; FERREIRA; RENNO, 2011; AMES; 2003).

As EPI podem melhorar as condições de vida no nível local, atenuando a desigualdade e a pobreza e promovendo o desenvolvimento. E, em países imersos em desigualdade e pobreza, com governos municipais carentes de recursos e muito dependentes do orçamento federal, o repasse de recursos por meio de emendas parlamentares pode não ser um meio eficiente de distribuição de renda e inclusão social, mas, muitas vezes, é o único meio pelo qual os recursos chegam às populações carentes em alguns municípios brasileiros (AMES; FERREIRA; RENNO, 2011).

No entanto, enquanto repasse discricionário, Baião, Cunha e Souza (2017) apontam que as emendas são influenciadas por fatores políticos que, muitas vezes, não tem relação direta com as necessidades fiscais do município, demonstrando que os parlamentares não adotam critérios redistributivos, tampouco devolutivos.

Os municípios são entes federativos autônomos que se relacionam diretamente com a União e recebem a responsabilidade pela execução da maioria das EPI. E, como o Brasil se

caracteriza por grandes distritos, multipartidarismo e muitos deputados competindo por votos nos mesmos locais, é possível identificar a existência de articulação partidária entre membros dos partidos que apoiam o governo, os líderes de governo e articuladores políticos, mas, sobretudo, entre prefeitos e deputados. Permitindo supor que as EPI executadas por atores locais, sobretudo por prefeito correligionário, tenham eficácia eleitoral relevante. O prefeito, nesse caso, atuaria mediando a relação entre deputados e eleitores locais, demonstrando a presença de um *reverse coattail effect*, no qual os prefeitos contribuiriam para o sucesso eleitoral de seus colegas de partido nas eleições nacionais. Assim, o governo federal, ao realizar as transferências financeiras, e os deputados, ao propor as EPI, tendem a privilegiar as prefeituras correligionárias (BAIÃO; COUTO; JUCÁ, 2018; BARONE, 2014).

Por isso, os parlamentares utilizariam políticas distributivas (Lowi, 1964) visando conquistar votos de um grupo específico da população. Uma vez que pesquisas apontam que garantir repasses financeiros aos redutos eleitorais é um imperativo da sobrevivência política no Brasil (AMES, BAKER E RENNÓ, 2008; LEMOS; RICCI, 2011). E, mesmo os recursos direcionados às EPI sendo pequenos em relação às despesas orçamentárias totais, têm demonstrado efeito direto e substantivo sobre a probabilidade de reeleição de legisladores (PEREIRA; RENNO, 2003).

Portanto, ao transferir ao Legislativo parcela do poder decisório na escolha de prioridades para fins de implementação de políticas públicas, não necessariamente é garantido que a aplicação dos recursos públicos seja para o efetivo atendimento das necessidades e combate às desigualdades internas do país (DE CARVALHO FERREIRA; OLIVEIRA, 2017).

No entanto, espera-se que os deputados considerem a necessidade do município ao enviar as emendas de sua autoria. E conforme o pressuposto distributivista, os deputados podem ter entre seus objetivos a reeleição e buscam promover a reputação praticando o *pork barrel*, sem se importar com as reais condições dos municípios. Segundo o senso comum, os políticos são indivíduos racionais e informados, dessa forma, e considerando que o principal objetivo dos congressistas é permanecer no poder, eles buscam satisfazer suas preferências e dos eleitores, e maximizar suas utilidades (BIJÓ, 2013).

4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realização da análise, foram utilizados dados secundários, cuja variável dependente foi o valor *per capita* de EPIS alocadas em cada município, obtidos através do

acesso disponibilizado pela Lei de Acesso à Informação (LAI). Os dados referentes às variáveis sociais e de saúde foram coletados no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), no Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e LAI; e as variáveis políticas e eleitorais a partir do banco de dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

As unidades empíricas de análise foram os municípios brasileiros no período de 2012 a 2018. A escolha do período foi dada pela disponibilidade dos dados para os municípios. Considera-se ainda, neste período, a contemplação de dois ciclos políticos federais completos, bem como, três ciclos políticos municipais, contemplando anos anteriores e posteriores à impositividade das EPI. Os municípios analisados foram os que receberam recursos via EPIS no período considerado.

A fim de atingir o objetivo proposto, os dados foram tratados pelo modelo estatístico de regressão linear múltipla de dados em painel, devido à variável dependente apresentar valores quantitativos. Essa metodologia de dados em painel consiste na análise de dados para diferentes indivíduos ao longo do tempo, tendo a possibilidade de compreender a variação de fenômenos nos indivíduos e no tempo (FÁVERO, 2015). Considera-se, ainda, pelo aumento do número de observações, a redução de problemas com endogeneidade e multicolinearidade, além de aumentar os graus de liberdade e de eficiência na análise, bem como a redução do surgimento de diferentes vieses, caso utilizasse modelos cross-section (CAMERON; TRIVEDI, 2009; GUJARATI; PORTER, 2011).

O modelo linear de dados em painel pode ser descrito, em sua forma básica pela Expressão 1.

$$\hat{Y}_{it} = \alpha_i + \beta_1 \cdot X_{1it} + \beta_2 \cdot X_{2it} + \dots + \beta_k X_{kit} \quad (1)$$

Em que Y representa a variável dependente, ou seja, o valor *per capita* das EPIS (EPIS_PC) que varia entre os *i* (municípios) e ao longo do *t* (ano); α_i é o intercepto para cada indivíduo; $\beta_1, 2, \dots, n$ são os coeficientes de cada variável; $X_1, 2, \dots, n$ consistem nas variáveis independentes, descritas nos quadros 1, que representam as dimensões: necessidade de saúde e ganho político, e que também variam entre indivíduos e ao longo do tempo.

A escolha do modelo mais adequado para a amostra foi verificada através de testes estatísticos. Nesta pesquisa, foi utilizado o teste de Breush e Pagan para verificar a escolha

entre o modelo de Pooled (MQO) e efeitos aleatórios, com hipótese nula considerando o modelo de Pooled o mais adequado. E, como o modelo de efeitos aleatórios foi o mais adequado, utilizou-se o teste de Hausman para verificar a escolha entre o efeito fixo e o modelo aleatório, em que a hipótese nula indica que modelos aleatórios são mais adequados.

Quadro 1: Variáveis independentes utilizadas

Variáveis	Definição	Referências
O_impositivo – Orçamento impositivo	Variável binária que indica se o orçamento é impositivo, em relação às EPIS.	Tavares, 2016; Baião; Couto; Jucá, 2018; Oliveira, 2018; Almeida, 2021
TxMed_AB – Taxa de Médicos na Atenção Básica	Indica a quantidade de médicos (da Estratégia de Saúde da Família, de Família e Comunidade, Pediatra e Clínico) que atuam diretamente no SUS em relação a população com maior prioridade de cobertura de atenção básica	Scheffler <i>et al.</i> , 2008, 2018; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012
TxC_pre_natal – Taxa de Cobertura de consulta pré-natal	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Leal <i>et al.</i> , 2020; Ribeiro <i>et al.</i> , 2018
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Número de equipes NASF em atividade no município.	Vendruscolo <i>et al.</i> ; 2020
P_ES - Taxa de estabelecimentos de saúde	Proporção de estabelecimentos de saúde contidos no CNES por tipo, nível de atenção, serviço/classificação, tipo de habilitação e tipos de atendimentos prestados por 1000 hab.	Martin <i>et al.</i> ; 2020
PBF – Proporção de pessoas não Beneficiários do Programa Bolsa Família	Indica a proporção de pessoas não contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF) em relação a população no mesmo local e período.	Diniz, 2014; Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012
PIB_pc - Produto Interno Bruto per capita	Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Scheffler <i>et al.</i> , 2008, 2018
TAIS – Taxa de Adequação Idade Série	Expressa o percentual de alunos, em cada série, com idade adequada à idade recomendada (Ensino Fundamental de 8 e 9 anos).	Diniz, 2014; Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017
Tx_agua – Taxa da população coberta com abastecimento de água	Indica a proporção da população coberta com abastecimento de água em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Diniz, 2014; Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017
Est-pop – Estrato Populacional	Classificação dos municípios por estrato populacional. Faixa 1: de 0 até 20 mil hab. Faixa 2: de 20 a 50 mil hab. Faixa 3: de 50 a 100 mil hab. Faixa 4: de 100 a 500 mil hab. Faixa 5: acima de 500 mil hab.	Ames; Pereira e Rennó 2011; Bertholini; Pereira; Rennó, 2018
Ds_eleito - Deputado Eleito	Variável binária referente ao deputado federal que mais destinou recursos via EPIS para os municípios estar entre os mais votados na eleição seguinte.	Lago; Rotta, 2014; Klingensmith, 2019
Da_eleito - Deputado Eleito	Variável binária referente ao deputado federal que está entre os mais votados do município ter destinado recursos via EPIS no mandato seguinte à eleição.	Lago; Rotta, 2014; Klingensmith, 2019
Dep_rank – Ranking do deputado	Variável binária referente à classificação do deputado no ranking em relação ao número de votos após alocar EPIS ao município.	Mesquita <i>et al.</i> , 2014; Lago; Rotta, 2014

Variáveis	Definição	Referências
D-reeleito - Deputado Reeleito	Variável binária referente à reeleição do deputado federal que destinou recursos via EPIS no município	Veiga; Veiga, 2013; Lago; Rotta, 2014; Baião; Couto, 2017; Klingensmith, 2019
Dep-pref - Deputado/prefeito	Variável binária referente ao partido político do deputado federal e do prefeito serem de mesma base	Veiga; Veiga, 2013; Baião; Couto, 2017; Baião; Couto; Jucá, 2018
Dep-gov - Deputado/governador	Variável binária referente ao partido político do deputado federal e do governador serem de mesma base	Baião; Couto, 2017; Baião; Couto; Jucá, 2018

Obs.: Nas variáveis binárias, o **não** é indicado pelo **0**, e o **sim**, pelo **1**.

Fonte: elaborado pela autora

Foi utilizado logarítmico natural para a variável EPIS_PC, tendo em vista a magnitude dos valores financeiros para cada indivíduo. Tal estratégia tem por finalidade reduzir essa magnitude com vista a estimar a regressão.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será apresentado a análise descritiva dos dados e, posteriormente, a influência de indicadores de saúde e político da alocação das EPIS.

4.4.1 Descrição dos dados

A análise descritiva dos dados pode ser observada na Tabela 1. Devido às disparidades econômicas, sociais e demográficas entre os municípios, os indicadores: Nasf, Tx_agua, P_ES, Txmed_AB, TxC_pre-natal e Pib_pc obtiveram resultados mínimos zero ou próximos ao zero diante da variação geral, que representa a variação dos dados dentro de toda a amostra. Demonstrando que indicadores sociais e de saúde, em alguns municípios brasileiros, são muito baixos e necessitam de atenção especial do poder público na busca pela correção destas assimetrias, visto que para outros municípios estes mesmos indicadores apresentam valores significativamente altos.

Tabela 1: Análise descritiva dos dados

Variável		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Observações
EPIS-PC	Overall	1,3067	0,4831	-3,0423	2,8499	N= 20899
	Between		0,3837	-0,2943	2,6107	n = 5521
	Within		0,2850	-2,1872	2,5944	
O_impositivo	Overall	0,8651	0,3416	0,0000	1,0000	N= 20899
	Between		0,1533	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3102	0,0317	1,5317	
Txmed_AB	Overall	2,3027	1,7390	0,1100	57,7600	N= 20219
	Between		1,5227	0,2300	29,8325	n = 5446
	Within		0,6621	-23,5797	30,2302	
TxC_pre-natal	Overall	70,3727	15,9733	4,4000	100,0000	N= 20899
	Between		14,9125	10,4920	100,0000	n = 5521
	Within		6,2365	25,0007	113,4111	
NASF	Overall	0,9348	2,8447	0,0000	127,0000	N= 20742
	Between		2,2143	0,0000	95,3333	n = 5500
	Within		0,6034	-22,3984	32,6015	
Tx_agua	Overall	70,7113	23,9941	0,0100	100,000	N= 19296
	Between		23,1348	0,3766	100,000	n = 5259
	Within		7,1748	5,9813	137,885	
P_ES	Overall	1,3509	0,7716	0,1100	10,0600	N= 20896
	Between		0,7206	0,1800	8,5820	n = 5521
	Within		0,1863	-1,9140	6,3137	
PBF	Overall	691,0341	197,6154	13,6500	997,2800	N= 20899
	Between		197,4696	78,7350	993,4067	n = 5521
	Within		32,4169	371,3391	1010,7290	
PIB_PC	Overall	21,4893	20,4616	3,1900	583,1700	N= 20898
	Between		20,0813	4,8466	437,7850	n = 5521
	Within		5,9964	-155,6967	224,2833	
TAIS	Overall	80,8806	10,3159	35,6000	100,0000	N= 20899
	Between		10,1781	42,1666	99,4000	n = 5521
	Within		2,2344	62,9056	93,5806	
Est_pop	Overall	1,6294	0,9629	1,0000	5,0000	N= 20899
	Between		0,8639	1,0000	5,0000	n = 5521
	Within		0,8032	0,7723	2,4865	
Ds-eleito	Overall	0,5025	0,5000	0,0000	1,0000	N= 20896
	Between		0,3384	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3868	-0,3545	1,3597	
Da-eleito	Overall	0,7001	0,4582	0,0000	1,0000	N= 20897
	Between		0,3059	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3618	-1,5704	1,5572	
Dep_rank	Overall	0,2430	0,4289	0,0000	1,0000	N= 20899
	Between		0,2942	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3281	-0,6140	1,1002	
D_reeleito	Overall	0,3863	0,4869	0,0000	1,0000	N= 20899
	Between		0,3401	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3648	-0,4708	1,2434	
Dep_pref	Overall	0,2602	0,4388	0,0000	1,0000	N= 20899
	Between		0,2640	0,0000	1,0000	n = 5521
	Within		0,3661	-0,5730	1,1174	
Dep_gov	Within		0,3261	-0,6388	1,0753	
	Overall	0,2182	0,4130	0,0000	1,0000	N= 20898
	Between		0,2642	0,0000	1,0000	n = 5521

Fonte: Dados da pesquisa

Uma possibilidade de correção das assimetrias nos indicadores de saúde são as EPIS. Sendo possível perceber, pela média, o comportamento dos parlamentares que destinam tais emendas, embora sejam *dummies*, é perceptível nos municípios que angariaram recursos via EPIS no período analisado, que as variáveis *Da_eleito* e *Ds_eleito*, que indicam se os deputados federais mais votados no município destinaram recursos via EPIS no mandato e se o deputado federal que mais destinou recursos para o município esteve entre os mais votados na eleição seguinte, percebemos que mais da metade sim, ou seja, destinar recursos para os municípios via EPIS pode ser um imperativo para o parlamentar estar na lista dos mais votados naquele município.

As variáveis *Dep_rank*, *D-reeleito*, *Dep_pref* e *Dep_gov*, no entanto, apesar da literatura apontá-las como condicionantes da destinação das EPIS, apresentaram médias relativamente mais baixas, ou seja, menos da metade dos deputados que destinam EPIS são reeleitos, ou melhoram sua posição no ranking de número de votos no município ou são do mesmo partido do prefeito ou do governador. Indo ao encontro do proposto por Lago e Rotta (2014) e Ricci (2003), que apontam que é preciso reconsiderar o argumento da predominância de atividade paroquial entre os congressistas.

Estes resultados nos retoma a Teoria da Escolha Pública que aponta que, na política, assim como na economia, o indivíduo é maximizador de utilidades egoístas e racionais (DIAS; 2009), derivado do auto interesse de eleitores e políticos. Portanto, destinar EPIS demonstra garantir a eleição, mas se as EPIS não satisfazer aos anseios particulares dos eleitores, ou seja, benefícios perceptíveis, reduz a possibilidade do parlamentar maximizar seu número de votos, assim como garantir a reeleição no município. Portanto, apenas destinar recursos via EPIS demonstra não ser suficiente. É necessário, portanto, ser responsivo e racional em sua destinação e entender o momento em que as EPIS não são mais tão necessárias a determinados municípios e modificar o destino das transferências, conforme propõe Bertholini, Pereira e Rennó (2018).

Outra variável relevante é o estrato populacional, os parlamentares, em suas decisões de destinação de EPIS, valorizam com grande prevalência os pequenos municípios, onde a dependência financeira é marcante, como pode ser visto pela média. Este resultado indica que os parlamentares podem estar preocupados com a capacidade do governo central em enxergar e atender às demandas locais. O que corrobora o proposto por Bertholini, Pereira e Rennó (2018) que destacam que, para os pequenos municípios brasileiros, sujeitos a intensas e constantes restrições orçamentárias, a única maneira de obter recursos federais para atender suas demandas de alto custo é via emendas parlamentares.

A variação *between* é maior do que a variação *within* para a variável dependente EPIS_PC e este fato é decorrente, principalmente, da existência, no banco de dados, de municípios com disparidades econômicas, sociais e demográficas ao longo do tempo. É possível verificar também que as variáveis sociais e de saúde apresentam uma maior variação *between*, demonstrando que não existem diferenças acentuadas entre os municípios, em cada ano, porém, alterações ocorrem com o decorrer do tempo. Em sentido oposto, as variáveis políticas e eleitorais apresentam uma maior variação *within*, ou seja, existe discrepância acentuada entre os municípios no que diz respeito à dimensão eleitoral em cada ano, porém, cada município tende a ter certo patamar ao longo do tempo.

Devido ao banco de dados apresentar variáveis com maior variância *within* e *between*, será estimado o modelo de regressão para os dados em painel através do modelo estimado de *Pooled* (MQO), por efeitos fixos e efeitos aleatórios.

4.4.2 A relação dos indicadores sociais, de saúde e político na alocação das EPIS

Os resultados ajudam a desvendar a história de por que um município recebe emendas. Para isto, foram realizados os testes para identificar qual modelo seria mais indicado e o teste de Breusch-Pagan apontou preferência do modelo de efeitos aleatórios frente ao modelo *Pooled*, enquanto o teste de Hausman apontou o modelo de efeitos fixos preferível frente ao modelo aleatório, ambos em nível de 5%, dessa forma, foi estimado o modelo de efeitos fixos para o painel.

Tabela 2: Estatística do modelo de efeitos fixos

Variáveis	Efeitos Fixos			
	Coefficiente	Erro-padrão	t	P-valor
O_impositivo	0,1376	0,0089	15,45	0,000
Txmed_AB	0,0019	0,0033	0,57	0,568
TxC_pre_natal	0,0030	0,0003	7,80	0,000
NASF	0,0149	0,0035	4,15	0,000
P_ES	0,0984	0,0131	7,49	0,000
PBF	0,0004	0,00008	5,56	0,000
PIB_PC	0,0011	0,00038	3,01	0,003
TAIS	0,0069	0,0012	5,71	0,000
Tx_agua	0,0004	0,0003	1,41	0,157
Est_pop	0,0949	0,0269	3,52	0,000
Ds_eleito	0,1599	0,0090	17,72	0,000
Da_eleito	0,1459	0,0071	20,31	0,000
Dep_rank	0,0185	0,0092	2,00	0,046
D_reeleito	-0,0923	0,0120	-7,68	0,000
Dep_pref	0,8152	0,0060	13,42	0,000
Dep_gov	0,1182	0,0068	17,28	0,000
Constante	-0,5115	0,1046	-4,89	0,000
N = 18560	r2_o = 0,0345	Sigma_u = 0,5376	Wald chi2 = 8205,32 (0,000)	
r2 = 0,2193	r2_b = 0,0906	Sigma_e = 0,2965	LM_B-P = 2333,00 (0,000)	
F = 234,89 (0,000)	r2_w = 0,2193	Rho = 0,7667	Hausman = 679,56 (0,000)	

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o resultado do modelo, a combinação de fatores políticos e técnicos impulsionam a indicação das emendas, pois as variáveis explicativas: O_impositivo, PBF, Pib_pc, TAIS, TxC_pre_natal, Nasf, P_ES, Est_pop, Da_eleito, Ds_eleito, D_reeleito, Dep_pref, Dep_gov, Dep_rank, foram estatisticamente significativas ao nível de 5%, e obtiveram relação positiva, exceto a variável D_reeleito, que apresentou relação negativa com o valor *per capita* recebido via EPIS, o que pode ser devido à mudança do arranjo político local nas eleições municipais.

A EC 86/2015, ao tornar o orçamento impositivo, afeta diretamente a alocação das EPIS, elevando os valores alocados. Corroborando Baião, Couto e Jucá (2018) e Tavares (2016), os quais apontam que o orçamento impositivo proposto pela EC 86/2015 afeta diretamente a alocação de recursos públicos, pois torna obrigatória a execução das EPI durante o exercício financeiro, independente de apoio à agenda presidencial, tendo os deputados maior discricionariedade na escolha de suas propostas. O orçamento impositivo visa equalizar os poderes e reduzir o poder de alocação discricionária de recursos públicos pelo governo federal e de seu poder de barganha em torno da liberação e execução das emendas, além de garantir que metade do valor proposto às EPI seja destinado à saúde. A descentralização fiscal surge como artifício capaz de promover ganhos de bem-estar social (ALMEIDA, 2021).

Os resultados apresentados na Tabela 2 demonstram que as variáveis relacionadas a indicadores sociais, de saúde e eleitoral/político foram significativas para explicar os valores *per capita* de EPIS destinados aos municípios brasileiros. Denotando que os parlamentares, ao mesmo tempo que se preocupam com seu reduto eleitoral, também têm propensão de contribuir para redução das assimetrias sociais, principalmente para a saúde, uma vez que os indicadores diretamente relacionados à dimensão de saúde explicam o recebimento de recursos via EPIS. Fato que se torna ainda mais relevante em um período marcado pelo “congelamento” do teto de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), onde as EPIS podem ser um possível meio de reduzir as assimetrias do sistema público de saúde, garantindo, sobretudo, recursos para custeio.

É possível perceber que as variáveis TxC_pre-natal, NASF, P_ES, PBF, PIB-PC, TAIS, relacionadas à dimensões de saúde e sociais, ou seja, indicadores que permitem fazer o levantamento das heterogeneidades regionais em suas dimensões de necessidades em saúde, como forma de subsidiar as políticas públicas de saúde, relacionam de forma diretamente proporcional à alocação de recursos públicos advindos das EPIS. Isto denota a responsabilidade dos parlamentares em apoiar financeiramente os municípios na gestão da atenção básica, podendo ter entre seus princípios a redução das iniquidades em saúde, caminhando na direção de equalizar os efeitos entre os grupos sociais, mais ou menos favorecidos.

Estes resultados vão ao encontro do proposto por Bertholini, Pereira e Rennó (2018) que afirmam que as emendas parlamentares são bem-sucedidas em destinar recursos aos municípios mais necessitados e apontam que os municípios mais pobres, de acordo com o PIB per capita, têm maior probabilidade de receber recursos via EPI, portanto as características socioeconômicas dos municípios, que indicam a necessidade de transferências, afetam a alocação dos recursos via EPIS. Podendo evidenciar que, além de aderir às demandas locais, a alocação de recursos advindos das EPI promove desenvolvimento e inclusão social.

Nesta mesma perspectiva, Almeida (2021), Oliveira (2018), Carvalho (2007) e Ames (2003) indicam que as emendas parlamentares têm propensão de reduzir as desigualdades regionais, refletindo na melhoria dos indicadores sociais e de saúde. Assim, os parlamentares, ao mesmo tempo em que beneficiam seus redutos eleitorais, também se preocupam em proporcionar melhorias para o Estado como um todo.

Pelos resultados apresentados na Tabela 2 é possível identificar que as variáveis Ds_eleito, Da_eleito, Dep_pref, Dep_gov, Dep_rank e D-reeleito, relacionadas à dimensão ganho político, são significativas para explicar os recursos financeiros advindos das EPIS. A

destinação das EPIS é condicionada ao deputado federal ser do partido do prefeito ou do governador, ter melhorado na ordem de classificação dos mais votados, estar entre os deputados mais votados do município, bem como estar tentando estabelecer conexões políticas através da destinação de EPIS, ou por identificar que aquele município necessita de tais recursos. Portanto os resultados vão ao encontro do proposto pela literatura que aponta que as destinações das EPI são motivadas pelo “clientelismo político”, ou seja, como meio de os parlamentares "recompensarem" seus eleitores podendo garantir políticas locais que minimizem as iniquidades do sistema de saúde (BERTHOLINI; PEREIRA; RENNÓ, 2018), assim como garantir sua sobrevivência política (BAIÃO; COUTO; JUCÁ, 2020).

Melhorar a posição na ordem dos deputados mais votados nos municípios afeta positivamente a alocação das EPIS. No entanto, Lago e Rotta (2014) descrevem que o impacto das emendas nas chances de conquistar votos aumenta se os recursos forem transferidos nos últimos dois anos do mandato e se forem destinados para municípios que não estejam entre os que mais contribuíram para eleger o deputado no pleito anterior. Demonstrando que o parlamentar deve ser racional em suas escolhas, a fim de atingir um de seus principais interesses, a sobrevivência política.

O fato de o deputado destinar recursos para um município a qual não foi eleito, quer para estabelecer redes políticas ou para atender às necessidades de saúde daquele município, e na eleição seguinte, estar entre os mais votados, denota que o eleitor “recompensa” o deputado que destina recursos ao seu município, independente da pretensão do parlamentar, corroborando Oliveira, Fontes e Filho (2017) e Borba (2005), que a relação parlamentar/eleitor é envolvida por incertezas. Indo também, ao encontro da Teoria da Escolha Pública e ao proposto por Viscusi e Gayer (2015) que prevê que a alocação de recursos leva a uma troca voluntária e benéfica que gera o bem-estar das partes envolvidas e que o indivíduo é maximizador de utilidades egoístas e racionais. O parlamentar e o eleitor, assim como quaisquer outros indivíduos, são motivados em atingir os objetivos que satisfazem seus próprios interesses, o parlamentar, permanecer no poder, e o eleitor, políticas locais. Corroborado Tavares (2016), o qual aponta que, para muitos eleitores, o bom parlamentar é aquele que leva recursos materiais e viabiliza investimentos para seu município. Sendo assim, o parlamentar deve ser racional ao definir onde alocar as EPIS de sua autoria.

O Deputado pertencer à mesma base partidária do Prefeito e/ou do Governador afeta positivamente a alocação das EPIS, demonstrando a importância das redes políticas. Sendo, o parlamentar e o prefeito do mesmo partido, o condicionante de maior relevância para o aumento do recebimento de recursos financeiros via EPIS. Confirmando Baião e Couto

(2017), que mostram que as transferências às prefeituras são mais eficazes quando prefeito e deputado são correligionários partidários. Mas o prefeito só apoia o deputado quando ele envia recursos financeiros para os cofres do governo municipal, confirmando, mais uma vez, a Teoria da Escolha Pública, isto é, que o indivíduo é maximizador de utilidades egoístas e racionais, conforme proposto por Dias (2009). No entanto, segundo Holcombe (2018) e Salm (2009), essa concentração de benefícios em favor de grupos de interesses pode fazer com que os recursos não sejam alocados para seu uso de maior valor.

É possível identificar também, que estar entre os deputados federais mais votados no município está positivamente associado à alocação das EPIS, tanto para manter seu reduto eleitoral, como demonstrando que existe uma relação de responsividade entre parlamentar e eleitor, corroborando o apontamento de Tromborg e Schwindt-Bayer (2019), que “a democracia representativa está enraizada na relação entre eleitores e seus representantes”. E que os “eleitos devem ser *responsivos* aos anseios e preferências dos votantes” (2019, p. 35).

No período analisado, a alocação das EPIS é explicada pela reeleição do deputado, porém, de forma inversamente proporcional, portanto, a reeleição não pode ser tomada como estando entre as estratégias mais eficientes para alocar recursos via EPIS, embora sejam utilizadas pelos deputados para "recompensar" seus eleitores.

Este resultado corrobora Lago e Rotta (2014), ao confirmar que as emendas orçamentárias só estão positivamente associadas ao aumento das chances de obtenção de votos se o deputado não estiver entre os mais votados daquele município, e quanto mais, o deputado preocupa-se em "retribuir", com recursos de suas emendas, aos municípios que mais lhe deram votos, menos impacto positivo as emendas têm sobre suas chances de conquistar eleitores nesses mesmos municípios na eleição seguinte, em comparação às suas chances de conquistar votos, nos novos municípios que estão recebendo as emendas.

Pereira e Rennó (2003) apontam também que a distribuição das EPI afeta fortemente a quantidade de competidores dentro do distrito eleitoral, diminuindo a quantidade de rivais dentro dos redutos eleitorais. Esta redução na competição, no entanto, pode fazer o parlamentar se sentir confortável para reduzir o quantitativo de recursos alocados àquela localidade visto que não conseguirá ampliar, de forma significativa, o número de votos naquele município.

Portanto, os parlamentares são motivados a agir racionalmente dispersando entre os municípios os recursos de sua autoria, quer para estabelecer novas redes políticas, ou para atender às demandas locais de municípios necessitados, com o objetivo de conquistar mais e novos votos e permanecer do poder. No entanto, Almeida (2021) aponta que a opinião pública

avalia esta pulverização de recursos como aplicações ineficientes do ponto de vista das políticas nacionais.

O valor das EPIS_PC, ao aumentar de forma inversamente proporcional à reeleição do deputado no município, confronta o proposto por Klingensmith (2019), Maskin e Tirole (2019) e Lemos e Ricci (2011), os quais apontam que garantir repasses financeiros aos redutos eleitorais é um imperativo da sobrevivência política.

Os resultados demonstram como os parlamentares são racionais e buscam benefícios próprios e que as EPIS são permeadas pela relação clientelista. No entanto, este clientelismo das EPIS não pode ser visto apenas de forma negativa, uma vez que o parlamentar, ao destinar recursos para os municípios, atende à demanda local garantindo melhorias no sistema de saúde, além de, como mostra a Tabela 2, indicadores de saúde serem levados em consideração na alocação das EPIS.

Portanto, a alocação das EPIS pode ser analisada como um mercado competitivo, em que os agentes têm motivações egoístas, onde, por exemplo, se assume que os parlamentares pretendem maximizar os votos e garantir a reeleição (PEREIRA, 1997) e o principal (eleitores) melhorias para seus municípios. Indo ao encontro de Buchanan (1975) e Lemieux (2015), quando os mesmos apontam que, do ponto de vista da escolha pública, o Estado é o produto de trocas políticas, que existe com o intuito de servir à sociedade.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A destinação de recursos feita pelos parlamentares para políticas locais deve ser vista como responsiva, pois a democracia propõe que os eleitos sejam responsivos às pretensões dos votantes, portanto, o atendimento às demandas por políticas locais não significa ruptura na representação, mas uma possível forma de contribuir para que as transferências sejam mais justas e democráticas. Assim, os parlamentares, ao alocarem as EPIS, podem estar agindo de forma clientelista, mas também responsiva, às demandas dos eleitores.

Esta relação “clientelista” em que se negociam votos por políticas públicas locais, pode não garantir o interesse do parlamentar, sua reeleição, uma vez que os resultados da pesquisa mostram que a combinação de fatores políticos e técnicos impulsiona a alocação das EPIS, ou seja, indicadores sociais e de saúde, assim como os de ganho político. Isso nos leva a refletir que os parlamentares, ao mesmo tempo que dedicam esforços em corrigir as iniquidades do sistema público de saúde, podem agir de forma “clientelista” mas também

responsiva e beneficiar seus redutos eleitorais, resultando em uma troca voluntária e benéfica que gera o bem-estar das partes envolvidas.

É possível inferir que, para garantir o voto do eleitor, o parlamentar deve alocar EPIS para políticas que satisfaçam aos anseios particulares dos eleitores e induzir a percepção de benefícios adquiridos. Destarte, apenas destinar recursos via EPIS demonstra não ser suficiente. É necessário ser responsivo e racional em sua destinação, entender o momento em que as EPIS não são mais tão necessárias a determinados municípios e abdicar delas, para investir em outros meios, pois, só assim poderá conseguir maximizar seu interesse próprio, que é a sobrevivência política.

Retomando a Teoria da Escolha Pública, a qual afirma que tanto na política como na economia o indivíduo é maximizador de utilidades egoístas e racionais derivadas do auto interesse de eleitores e políticos (DIAS; 2009), no “mercado da alocação das EPIS” parlamentares e eleitores são maximizadores de utilidades egoístas e racionais, onde o que está em jogo é o interesse próprio das partes envolvidas, de uns, a reeleição, e de outros, políticas locais. E, nesse jogo, as redes políticas estabelecidas, sobretudo com os prefeitos, são de primordial relevância para fortalecer a percepção do benefício adquirido. E se esse interesse privado não se sobrepõe ao mérito das políticas locais e contribuir para minimizar as assimetrias em saúde, sobretudo dos pequenos municípios, que só têm algumas de suas demandas de investimento de alto custos atendida por meio das EPIS, o parlamentar está sendo responsivo aos eleitores e contribuindo para que as transferências sejam mais equânime. Portanto, esse produto de trocas políticas, que existe com o intuito de servir à sociedade, caracteriza o Estado.

Assim como o mercado econômico, o “mercado das EPIS” não é de concorrência perfeita, pois o parlamentar é motivado por seus interesses privados, ou seja, garantir sua sobrevivência política, e, para isso, sujeita-se às pressões de grupos de interesses e eleitores. Somando-se esse fato à assimetria de informação existente entre o parlamentar e o eleitor, não é possível a identificação de todas as demandas locais em todos os momentos. Por isso, os parlamentares se dedicam em priorizar seus investimentos para determinadas localidades, no entanto, tem que ser racional nas escolhas, pois investimentos em municípios ou políticas locais já consideradas não tão necessárias não geram os mesmos benefícios à população e isso pode influenciar nas chances de reeleição, partindo do pressuposto que os indivíduos são maximizadores de bem-estar próprio. Por isso, temos a existência de um contrato de alocação das EPIS incompleto e agentes imperfeitos, o parlamentar e o eleitor.

Para trabalhos futuros, recomenda-se analisar os efeitos das EPIS nos indicadores de resultados da saúde, no contexto dos municípios brasileiros a fim de aprofundar o entendimento se as políticas locais são capazes de corrigir as assimetrias do sistema de saúde.

4.6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. P. B. de. O mito da ineficiência alocativa das emendas parlamentares. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 34, 2021.

ALSTON, L. J. *et al.* Brazil in transition: Beliefs, leadership, and institutional change. **Princeton University Press**, 2016.

AMES, B. Os Entraves da Democracia no Brasil. 1. ed. **Rio de Janeiro: FGV**, 2003.

AMES, B.; BAKER, A.; RENNÓ, L. "The 'Quality' of Elections in Brazil: Policy, Performance, Pageantry, or Pork?". In Timothy J. Power and Peter R. Kingstone (eds.), *Democratic Brazil Revisited*. Pittsburgh: **University of Pittsburgh Press**, pp. 107-133, 2008.

AMES, B.; PEREIRA, C.; RENNÓ, L. Famintos por *pork*: uma análise da demanda e oferta por políticas localistas e suas implicações para a representação política. In: POWER, Timothy; ZUCCO JR., Cesar (orgs.). *O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira*. **Belo Horizonte: Editora UFMG**, 2011. p. 239-272.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G. A eficácia do pork barrel: a importância de emendas orçamentárias e prefeitos aliados na eleição de deputados. **Opinião Pública**, v. 23, n. 3, p. 714-753, 2017.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; JUCÁ, I. C. A execução das emendas orçamentárias individuais: papel de ministros, cargos de liderança e normas fiscais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 25, p. 47-86, 2018.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. de . Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* vol. 27 nº 71 Curitiba 2020.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público - RSP**, v. 68, n. 3, p. 583-610. 2017.

BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2267-2279, 2012.

BARON, D. P. Majoritarian incentives, pork barrel programs, and procedural control. **American Journal of Political Science**, p. 57-90, 1991.

BARONE, L. S. **Eleições, partidos e política orçamentária no Brasil: explorando os efeitos das eleições locais na política nacional**. 2014. Tese de Doutorado.

BERTHOLINI, F.; PEREIRA, C.; RENNO, L. Pork is policy: Dissipative inclusion at the local level. **Governance**, v. 31, n. 4, p. 701-720, 2018.

BIJOS, D. **Federalismo, instituições políticas e relações intergovernamentais: um estudo sobre os elementos determinantes das transferências voluntárias da União para os municípios do estado de Minas Gerais**. 2013.

BORBA, J. Cultura política, ideologia e comportamento eleitoral: alguns apontamentos teóricos sobre o caso brasileiro. **Opinião pública**, v. 11, n. 1, p. 147-168, 2005.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, 2015.

BUCHANAN, J. M. The limits of liberty: Between anarchy and Leviathan. **University of Chicago Press**, 1975.

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. Microeconometrics using Stata. **Ann Arbor: Stata Press**, 2009. 692 p.

CARVALHO, M. **Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na Redução das Desigualdades Regionais**. Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, 2007.

COSTA, G. P. C. L. da *et al.* As escolhas públicas orçamentárias federais no PPA 2008-2011: uma análise da perspectiva do modelo principal-agente. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 5, p. 1089-1116, 2013.

DE OLIVEIRA NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. Zahar, 1997.

DIAS, M. A. James Buchanan e a “política” na escolha pública. Ponto-e-Vírgula: **Revista de Ciências Sociais**, n. 6, 2009.

DINIZ, J. S. Necessidades em saúde e oferta da atenção primária nos municípios de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). **Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro**. Belo Horizonte, 2014.

FÁVERO, L. P. Modelos de Regressão com EXCEL®, STATA® e SPSS®. 1. ed. **Rio de Janeiro: Elsevier**, 2015. 504 p.

FERREIRA JUNIOR, S. *et al.* Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 2, p. 105-119, 2017.

GUIMARÃES DOS SANTOS, L. P. Comparing the use of forward-looking and contemporary performance measurement to formulate incentive contracts in the presence of

the horizon problem: an experimental analysis. **Revista Contabilidade e Finanças**, v. 26, n. 68, p. 195-207, 2015.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. *Econometria Básica*. 5^a. ed. **Porto Alegre: Bookman**, 2011. 924 p.

HOLCOMBE, R. G. The Coase theorem, applied to markets and government. **The Independent Review**, v. 23, n. 2, p. 249-266, 2018.

IOVITU, M.; BRAN, F. Public choice and the social beneficiary. **Theoretical and Applied Economics**, v. 22, n. 2, p. 91-102, 2015.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, p. 305-360, 1976.

JÚNIOR, S. F.; FAHEL, M. C. X.; MOREIRA, T. C. F. Indicadores Municipais de Necessidades de Saúde na orientação de Políticas para a Atenção Primária: uma Proposta Aplicada para o Estado de Minas Gerais. **XXXVIII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2014

KLINGENSMITH, J. Z. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. **Economies**, v. 7, n. 1, p. 16, 2019.

LAGO, I. C.; ROTTA, E. Conexão eleitoral e reeleição entre deputados federais do sul do Brasil/1998-2010. **Revista de Sociologia e Política**, v. 22, n. 49, p. 139-156, 2014.

LEAL, M. do C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.

LEMIEUX, P. The State and Public Choice. **The Independent Review**, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2015.

LEMOS, L. B. de S. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. **Dados**, v. 44, n. 3, p. 561-605, 2001.

LEMOS, L.; RICCI, P. Individualismo e partidarismo na lógica parlamentar: o antes e o depois das eleições. In: **O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2011. p. 207-238.

LIKES, S. M. O direcionamento das verbas públicas através de recursos provenientes de emendas parlamentares. *Âmbito Jurídico*. 2015

LIMA, L. D. de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. **Dados**, v. 48, n. 4, p. 737-776, 2005.

MACEDO, A. dos S.; FERREIRA, M. A. M. O Programa Mais Médicos e alocação equitativa de médicos na Atenção Primária À Saúde (2013-2017). **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 26, n. 2, p. 381-408, 2020.

MARTIN, D. G. *et al.* Disposición E Implicaciones Del Programa Más Médicos En Los Indicadores De Atención Primaria De Salud En Minas Gerais 2013-2015. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 26, n. 2, p. 352-380, 2020.

MARTINS, V. A.; JUNIOR, J. J.; ENCISO, L. F. Conflitos de agência, Governança Corporativa e o serviço público brasileiro: um ensaio teórico. **RGC-Revista de Governança Corporativa**, v. 5, n. 1, 2018.

MASKIN, E.; TIROLE, J. Pandering and pork-barrel politics. **Journal of Public Economics**, v. 176, p. 79-93, 2019.

MESQUITA, L. *et al.* Emendas individuais e concentração de votos: uma análise exploratória. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 23, n. 2, 2014.

MIGNOZZETTI, U.; CEPALUNI, G. When Does Clientelism Pay Off? Legislature size and welfare in Brazil. Unpublished manuscript, Social Communication, **Cidade Universitária** São Paulo, SP/Brazil

OLIVEIRA, C. B. de; FONTES FILHO, J. R. Problemas de agência no setor público: o papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 4, p. 596-615, 2017.

OLIVEIRA, C. L.; FERREIRA, F. G. B. C. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. **Sequência**, 76, 183-212. 2017.

OLIVEIRA, C. N. de. Emendas Parlamentares: entre a ficção e a realidade na assistência financeira às Universidades Estaduais. *Universidade e Sociedade* 61 Ano XXVIII - Nº 61 - janeiro de 2018. **Revista publicada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN**. Semestral. Brasília.

ORTEGA, D.; PENFOLD-BECERRA, M. Does patronage work? Electoral returns of excludable and nonexcludable goods in Chavez's Misiones programs in Venezuela. In: **Meeting of the American Political Science Association, Boston, Massachusetts**. 2008.

PEREIRA, C.; BERTHOLINI, F. Beliefs or ideology: the imperative of social inclusion in Brazilian politics. **Commonwealth & Comparative Politics**, v. 55, n. 3, p. 377-401, 2017.

PEREIRA, C.; RENNO, L. Successful re-election strategies in Brazil: the electoral impact of distinct institutional incentives. **Electoral Studies**, v. 22, n. 3, p. 425-448, 2003.

PEREIRA, P. T. A teoria da escolha pública (public choice): uma abordagem neoliberal?. **Análise Social**, p. 419-442, 1997.

PINTO, D. W. *et al.* Teoria da agência e o controle social da gestão pública. **Revista Organização Sistêmica**, v. 5, n. 3, p. 100-109, 2014.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C. (org). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 5ª ed., FGV, 2003.

RAMOS, M. F. Emendas Individuais ao Orçamento da União dos Deputados Federais do Estado da Paraíba da 53ª Legislatura: Uso Eleitoral das Emendas Individuais ao Orçamento. 2012. <http://bd.camara.leg.br> **Biblioteca digital da Câmara**.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, 2018.

RICCI, P. O conteúdo da produção legislativa brasileira: leis nacionais ou políticas paroquiais?. **Dados**, v. 46, n. 4, p. 699-734, 2003.

ROBINSON, J., VERDIER, T. The political economy of patronage (Working Paper). **University of California Berkeley**. 2003.

SALM, José Francisco. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. **Ed. Univ. de Brasília**, 2009.

SAMUELS, D. J. Pork barreling is not credit claiming or advertising: Campaign finance and the sources of the personal vote in Brazil. **Journal of Politics**, v. 64, n. 3, p. 845-863, 2002.

SCHEFFLER, R. M. *et al.* Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

_____. Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, p. 516-523B, 2008.

SILVA, M. F. G. Políticas de governo e planejamento estratégico como problemas de escolha pública II. **Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 4, p. 38-50, 1996.

SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. **PLoS One**, v. 7, n. 3, p. e33399, 2012.

TAVARES, R. P. Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC. 2016.

TOMA, E. F. Public choice and public policy. **Southern Economic Journal**, v. 80, n. 4, p. 892-897, 2014.

TOUCHTON, M.; BORGES SUGIYAMA, N.; WAMPLER, B. Democracy at work: Moving beyond elections to improve well-being. **American Political Science Review**, 2017.

TROMBORG, M. W.; SCHWINDT-BAYER, L. A. Constituent demand and district-focused legislative representation. *Legislative Studies Quarterly*, **Iowa City**, v. 44, n. 1, p. 35-64, Feb. 2019

VEIGA, L. G.; VEIGA, F. J. Intergovernmental fiscal transfers as pork barrel. **Public choice**, v. 155, n. 3-4, p. 335-353, 2013.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Características y actuación de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

VISCUSI, W. Kip; GAYER, Ted. Behavioral public choice: the behavioral paradox of government policy. **Harvard Journal of Law and Public Policy**, v. 38, n. 3, p. 973-1007, 2015

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

5 ARTIGO III - EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS NA CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

RESUMO

A capacidade estatal é a capacidade do Estado implementar políticas públicas, dentro de um arranjo institucional a fim de atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas. E, como o Ministério da Saúde vem “abrindo mão” de definir a alocação de parte obrigatória dos recursos da União para a saúde em prol dos parlamentares, os legisladores vêm transformando-se em atores essenciais na capacidade do estado de implementar políticas públicas, compartilhando a responsabilidade pelos resultados do investimento em políticas de saúde com o Poder Executivo. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo identificar o efeito das políticas locais propostas por meio das emendas parlamentares individuais sobre os indicadores de resultado da saúde nos municípios brasileiros. Para tanto foi realizado uma avaliação quase-experimental, antes e depois da impositividade das emendas parlamentares individuais, comparando os efeitos do orçamento impositivo nos indicadores de saúde. Como principal resultado, identificou-se que a alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) tem propensão de reduzir as desigualdades em saúde, medidas através da taxa de mortalidade infantil, entretanto, esta inclusão também apresenta características de dissipação de recursos, pois, nos demais indicadores de saúde analisados, o grupo tratado não apresentou efeito estatisticamente significativo.

Palavras chave: Capacidade estatal. Emendas Parlamentares Individuais. Indicadores de saúde. Efeitos. Estudo Quase-Experimental.

ABSTRACT

State capacity is the capacity of the State to implement public policies, within an institutional arrangement, in order to effectively achieve the objectives intended with public policies. And, as the Ministry of Health has "resigned" to define the allocation of a mandatory part of the Union's resources for health in favor of parliamentarians, legislators have become essential actors in the state's capacity to implement public policies, sharing the responsibility for the results of investment in health policies with the Executive Branch. Thus, this article aims to

identify the effect of local policies proposed through individual parliamentary amendments on health outcome indicators in Brazilian municipalities. For that, a quasi-experimental evaluation was carried out, before and after the imposition of individual parliamentary amendments, comparing the effects of the impositonal budget on health indicators. As a main result, it was identified that the allocation of Individual Parliamentary Amendments for Health (EPIS) has a tendency to reduce health inequalities, measured through the infant mortality rate, however, this inclusion also presents resources dissipation characteristics, as , in the other health indicators analyzed, the treated group did not present a statistically significant effect.

Keywords: State capacity. Individual Parliamentary Amendments. Health indicators. Effects. Study Quasi-Experimental

5.1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe importantes inovações ao processo de planejamento e formulação do orçamento federal, a fim de melhorar a orientação dos gastos e a eficiência do uso dos recursos públicos (BAPTISTA *et al.*, 2012; LAHUD, 2016). A formulação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) é uma iniciativa do Poder Executivo (BRASIL, 1988, artigo 165), mas que depende do Congresso Nacional para a aprovação, e tem à possibilidade do parlamentar alterar a peça orçamentária mediante a apresentação de emendas parlamentares (EP), o que permite ao poder legislativo participar ativamente desse processo.

Em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015) que instituiu o chamado orçamento impositivo, aplicável às emendas individuais. Determinando que seja destinado o limite de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) prevista no projeto encaminhado pelo poder executivo federal para as Emendas Parlamentares Individuais (EPI), sendo que metade desse valor deverá ser destinado para financiar ações e serviços públicos de saúde (ASPS). No entanto, Lahud (2016) considera a impositividade como a criação de mais uma despesa compulsória.

No Brasil, o papel das EP tem sido muito debatido e analisado. E o poder do legislativo de emendar o orçamento tem sido motivo de controvérsias. Alguns autores ressaltam a importância das emendas como recurso político, seja nas relações com o executivo, seja para reforçar a imagem do parlamentar com seus eleitores ao obter recursos

federais para os municípios onde residem parcelas de sua base eleitoral (BAIÃO; COUTO; JUCÁ, 2018; BIJOS, 2018 BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; LAHUD, 2016; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2005).

Baião, Couto e Oliveira (2020) e Greggianin e Silva (2015) chamam a atenção para o fato dos objetos das programações incluídas por EPIS serem constituídos por demandas eletivas, específicas e localizadas, que nem sempre se pautam na universalidade exigida para as programações destinadas ao sistema de saúde pública. Mesmo a equidade sendo obrigatória na saúde, a fim de que as desigualdades regionais possam ser minimizadas (SANTOS, 2019).

Alguns estudos, no entanto, têm produzido evidências que se contrapõem ao senso comum e aos achados predominantes na literatura em ciência política sobre o uso político das emendas.

Almeida (2021), Bertholini, Pereira e Rennó (2018), Carvalho (2007) e Lemos (2001) apontam que as políticas distributivas em nível local que atendem a interesses públicos específicos têm efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos, melhorando as condições de vida, reduzindo as desigualdades regionais e a pobreza, e promovendo o desenvolvimento local e a inclusão social.

Mas, Baião, Couto e Oliveira (2020) apontam que, na alocação das EPI, os parlamentares levam em consideração a capacidade institucional, que é a capacidade do município estar apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda. Visto que a capacidade estatal envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas (PIRES; GOMES, 2015).

Tendo em vista a promulgação da EC 86/2015, que traz a obrigatoriedade de execução orçamentária e financeira das EPI e estabelece que metade do valor deve ser destinado a ações de saúde. E diante da controvérsia em que parte da literatura considera as EPI como capital político, e a outra parte como um meio capaz de melhorar as condições de vida dos cidadãos e minimizar as diferenças regionais. E do apontamento de Piola e Vieira (2019) de que a execução das emendas parlamentares em 2015 representava 1,7% da despesa total com ASPS, atingindo 8% em 2017, demonstrando que o Ministério da Saúde empenhou valor superior ao exigido constitucionalmente via emendas parlamentares. Denota-se que o executivo pode estar “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares, visto que as EPIS são computadas para a apuração da aplicação mínima da União em ASPS. Diante disso, torna-se pertinente questionar: quais os efeitos dos recursos alocados por meio das EPIS nos indicadores de resultado da saúde?

Sendo esta uma tentativa de entender o papel do legislativo, através da imposição de EPIS, geralmente vistas como *pork barrel*, expressão utilizada na literatura internacional para designar o particularismo legislativo, em que deputados utilizam políticas distributivas visando o voto dos beneficiários (LOWI, 1964), mas que vêm ganhando espaço no orçamento federal. Por isso o objetivo deste estudo é identificar o efeito das políticas locais propostas por meio das EPIS sobre os indicadores de resultado da saúde nos municípios brasileiros.

Este estudo se justifica, uma vez que, considerando as disputas entre os poderes para a alocação dos recursos públicos, a criação de um limite obrigatório para as EPI e a dinâmica anterior à EC 86/2015, de barganha da execução dessas emendas, esperava-se que o Executivo se restringisse ao montante de execução a que está obrigado, que é o valor correspondente às emendas impositivas. Na prática, entretanto, o que se presenciou nos últimos anos foi um aumento significativo da execução das emendas. Sendo, portanto, necessário investigar se esse aumento de recursos destinado via EPIS tem gerado efeitos positivos para mitigar as desigualdades em saúde.

Em âmbito acadêmico, diversos estudos têm sido realizados analisando os efeitos empíricos das emendas parlamentares como os realizados por Figueiredo e Limongi (2008); Samuels (2002); Ames (2003), Carvalho (2007); Baptista *et al* (2012); Baião, Cunha e Souza (2017); Bertholini, Pereira e Rennó (2018); Oliveira (2018); Klingensmith (2019); Piola e Vieira (2019); Maskin e Tirole (2019); Baião, Couto e Oliveira (2020) e Almeida (2021).

Diante dos resultados encontrados e, sobretudo, dos estudos que analisaram as emendas parlamentares destinadas à saúde (BAPTISTA *et al*, 2012; PIOLA; VIEIRA, 2019) este estudo inova ao analisar os efeitos das EPI nos indicadores de resultado da saúde, a fim de identificar se essas têm sido capazes de proporcionar equidade na saúde pública. Sendo esse um dos pontos que este estudo pretende contribuir com a literatura e a sociedade. E, diante dos resultados encontrados, espera-se contribuir com o processo de alocação de recursos públicos a fim de que as políticas locais sejam efetivas e garantam a equidade na saúde pública.

Além desta seção introdutória, a segunda sessão, faz um resgate da literatura mostrando os efeitos das políticas locais propostas pelas EPIS na capacidade estatal de implementar política pública de saúde. Em seguida, discute-se os aspectos metodológicos do estudo, com a seleção das variáveis e a estratégia empírica de investigação. Na quarta seção, os resultados e discussão são apresentados. Por fim, as considerações finais.

5.2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente seção aborda brevemente os conceitos teóricos e discussões empíricas referentes à capacidade estatal e também as emendas parlamentares individuais na implementação de políticas públicas de saúde.

5.2.1 A Capacidade Estatal na implementação de políticas públicas de saúde

A capacidade estatal é a capacidade do Estado implementar políticas públicas dentro de um arranjo institucional específico (GOMIDE; PIRES, 2014) e foi desenvolvida para explicar por que alguns Estados possuem maior eficácia e eficiência em prover serviços públicos, de forma a impulsionar e direcionar o desenvolvimento socioeconômico ou alcançar objetivos determinados em políticas específicas (BOSCHI; GAITÁN, 2012; GOMIDE; PIRES, 2014; STEIN, 2015).

A capacidade do Estado em governar é percebida de diversas formas, mas, segundo Jessop (2001), normalmente engloba duas gerações de análise. A primeira geração, que apresenta uma conceituação mais abrangente, entende que a “capacidade estatal refere-se às situações em que Estados conseguem se erguer e, minimamente, guiar os rumos de uma sociedade, administrando seus conflitos e problemas internos” (PIRES; GOMIDE, 2015, p. 201). A segunda geração possui uma visão mais concreta, procurando refletir sobre a capacidade do Estado em atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas. Portanto, política pública é o processo através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças desejadas (SOUZA, 2003).

Estudiosos denominam essa capacidade como o “Estado em ação”, sendo essa, “as capacidades de identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados”. E consideram que a implementação de políticas envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para a realização de políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2015, p. 201).

Leftwich e Hogg (2011) e Herrlein (2014) afirmam que a efetividade da ação estatal está condicionada ao apoio social e que o sucesso da dinâmica de desenvolvimento depende de processos políticos que envolvem diferentes líderes e elites representativas de grupos, organizações e interesses. Esses arranjos de mediação institucionalizada servem para que o Estado cumpra sua função de filtro na relação com a sociedade (O’DONNELL, 2009), visto

que, o Estado não consegue atender todas as demandas em todos os momentos (SILVA, 1996).

Consequentemente, a construção da governabilidade e a produção de políticas nacionais demandam esforços e volumes crescentes de recursos humanos, financeiros e administrativos por parte do Executivo Federal (como a liberação de EP, a concessão de cargos em ministérios, autarquias e empresas estatais, a construção de espaços de articulação e negociação federativa). Essa dinâmica traz implicações para a produção de políticas públicas, pois decisões e recursos passam a ser “filtrados” pela lógica da manutenção do apoio político, a qual nem sempre é congruente com objetivos programáticos de longo prazo, além de ampliar as dificuldades da coordenação intergovernamental (PIRES; GOMIDES, 2016).

E essa estrutura diz respeito, também, à influência do eleitor sobre as decisões dos governantes em um regime democrático. Pois é por meio das eleições que essa responsabilidade (filtro) é garantida. O eleitor tem a possibilidade de escolher aqueles que ocuparão os cargos executivo e legislativo, e, portanto, em princípio, podem definir, via escolha dos candidatos, quais tipos de políticas serão as melhores para a maioria dos cidadãos (ARRETCHE, 2003).

Os arranjos institucionais, quando bem organizados, têm o potencial de dotar o Estado das capacidades necessárias para a execução bem-sucedida de políticas públicas, fazendo com que os gestores públicos tenham que se relacionar, simultaneamente, com sistemas institucionais, representativos, participativos e de controles burocráticos, na produção de políticas públicas (GOMIDE; PIRES 2014; SÁ E SILVA; LOPEZ; PIRES, 2010).

Neste sentido, a capacidade estatal é composta pela dimensão técnico-administrativa, que contempla as competências dos agentes do Estado para levar efeito às políticas, produzindo ações coordenadas e orientadas para a produção de resultados; e a dimensão política, que se refere às habilidades da burocracia do Executivo em expandir os canais de interlocução, negociação com os diversos atores sociais, processando conflitos e prevenindo a ruptura por interesses específicos (GOMIDE; PIRES, 2014).

A capacidade técnico-administrativas são operacionalizadas, segundo Gomide e Pires (2014, p. 352), pelos critérios:

- i) a presença de organizações com recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações; ii) a existência e operação de mecanismos de coordenação (intra e intergovernamentais); e iii) estratégias de monitoramento (produção de informações, acompanhamento e exigências de desempenho).

A capacidade política, no entanto, é a capacidade dos governos produzirem políticas em cooperação com grupos sociais organizados e compreendem, segundo Gomide e Pires (2014, p. 352):

- i) a existência e formas de interações das burocracias do Executivo com os agentes do sistema político-representativo (o Congresso Nacional, seus parlamentares, dirigentes dos governos subnacionais – governadores e prefeitos – e seus partidos políticos);
- ii) a existência e operação efetiva de formas de participação social (conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas, entre outras);
- e iii) a atuação dos órgãos de controle (sejam eles internos ou externos).

Paes de Paula (2005) destaca que os arranjos institucionais são determinantes na capacidade do Estado de formular as políticas públicas e que se materializam entre as capacidades técnicas-administrativas, associadas à capacidade da burocracia estatal e a dimensão política e institucional (político-relacionais), que estabelece vínculos com atores não estatais para ampliar a capacidade de ação da sociedade (PIRES; GOMIDE, 2016). Portanto, em uma democracia, como a brasileira, composta de instituições representativas, participativas e deliberativas, mostra-se importante desenvolver as capacidades políticas, para a inclusão de múltiplos atores, para a negociação de interesses e a construção de consensos (GOMIDE; PIRES, 2014).

Em relação às políticas públicas de saúde no Brasil, a CF/88 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 estabeleceram as instituições formais do SUS, e as regras que definem os mecanismos pelos quais os diversos interessados podem influir no processo de formulação e implementação da política (ARRETCHE, 2003, 2013).

E estabeleceram que o SUS fosse um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de execução da política e à união e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função, reservando ao Ministério da Saúde as funções de formulação, implementação, coordenação e regulação da política de saúde (ARRETCHE, 2003).

Assim, institucionalizaram a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização e permitiram a construção de espaços de negociação, funcionando como um ponto de equilíbrio à concentração de autoridade conferida ao poder executivo (ARRETCHE, 2003).

A coordenação se materializa nos incentivos financeiros que estimulam os municípios a incorporarem as diretrizes e programas estabelecidos pelo governo federal. E, para que os municípios assumissem a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde, a União ofereceu-lhes dois incentivos. O primeiro, e mais atraente, foi em virtude da visibilidade e dos

créditos políticos, devido à previsão de um aumento na oferta de serviços de saúde pelo município. O segundo incentivo, e o mais importante, foi o trazido pelas normas federais que regulamentaram as condições de prestação e de incentivos financeiros dos serviços de saúde aos municípios (ABRUCIO, 2007).

E, devido à coordenação federativa na política de saúde, o repasse de recurso do governo federal é condicionado à adesão aos programas. Todavia, mesmo seguindo critérios equitativos e de necessidade de saúde, conforme preceitua o art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012, nem sempre os recursos recebidos são suficientes e os municípios precisam comprometer recursos próprios em níveis superiores aos determinados constitucionalmente para a manutenção desses programas. Portanto, em um contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios brasileiros ampliam de modo significativo seus gastos no setor de saúde, ao contrário de outras políticas públicas (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

A descentralização dos gastos em saúde fortalece o papel redistributivo, tanto em termos financeiros, quanto em termos de capacidades estatais, autonomia e responsabilidade dos entes subnacionais, que se sentem compelidos a envolver na tomada de decisão nas arenas de participação. Assim, o governo federal cria condições para o desenvolvimento coordenado e cooperativo dos entes federados, por meio da elaboração e da implantação descentralizada das políticas públicas (TAJIMA, 2018, LIMA, 2007).

A saúde pública, portanto, é financiada de forma compartilhada pela União, Estados e Municípios, no entanto, os municípios é que são cobrados pela execução de todas as políticas (SANTOS; NAZARETH, 2017). E, apesar da coordenação federativa, a ampliação na participação dos gastos com saúde faz os governos locais serem muito dependentes das transferências de recursos da União para prestar os serviços de saúde à população (ANTINARELLI; 2012; ARRETCHÉ; 2000). E, a EC 86/2015, ao instituir a impositividade das EPI e determinar que metade do valor seja destinado a ASPS, torna-se um meio capaz de contribuir no aporte de recursos para a saúde, como será apresentado a seguir.

5.2.2 Emendas Parlamentares Individuais

Arretche (2000) aponta que a União está transferindo gradualmente atribuições de gestão aos níveis estadual e municipal. E ressalta que Estados e Municípios gozam de autonomia para a condução de suas políticas, mas eles não capazes de realizar políticas consistentes sem o apoio do governo federal, sobretudo em termos financeiros, devido aos

fortes desequilíbrios do sistema federativo, principalmente, a dependência econômica das unidades subnacionais em relação ao governo central.

Painter e Pierre (2005) argumentam que a “capacidade governativa” está associada às habilidades dos governos em fazer escolhas e definir estratégias para a alocação de recursos, gerir eficientemente os recursos necessários para a entrega de resultados e mobilizar apoio e consentimento dos atores sociais.

Diante da impositividade proposta pela EC 86/2015 e da dependência financeira dos municípios, uma das formas dos gestores municipais conseguirem atender às suas demandas locais é através de recursos advindos das EPI, sobretudo em países imersos em desigualdade e pobreza, com governos municipais carentes de recursos e muito dependentes do orçamento federal. O repasse de recursos por meio de EP pode até não ser um meio eficiente de distribuição de renda e inclusão social, mas muitas vezes, é o único meio pelo qual os recursos chegam às populações carentes em alguns municípios brasileiros. Servindo como evidência de que as políticas distributivas, em nível local, que atendem a interesses públicos específicos, podem ter efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos e ser capazes de melhorar suas condições de vida, atenuando as desigualdades regionais e a pobreza, promovendo o desenvolvimento local e a inclusão econômica (ALMEIDA, 2021; BERTHOLINI; PEREIRA; RENNO, 2018; AMES; PEREIRA; RENNÓ, 2011; CARVALHO, 2007; LEMOS, 2001).

E, conforme apontam Piola e Vieira (2019), o Ministério da Saúde, vem empenhando valor superior ao exigido constitucionalmente via emendas parlamentares, e as mesmas são computadas na aplicação mínima da União em ASPS, denotando que o poder executivo pode estar “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares, compartilhando a responsabilidade pelos resultados do investimento em políticas públicas com o Congresso Nacional.

Soares e Neiva (2011) e Baião, Couto e Oliveira (2020) apontam que as emendas estão sujeitas a fatores político-partidário, fatores redistributivos e à capacidade institucional dos estados e municípios. Esses autores demonstram que as emendas dependem da relação política entre o deputado federal, governadores dos Estados e prefeitos, da representação e da *performance* eleitoral. E que os deputados privilegiam a capacidade estatal como: municípios adimplentes com obrigações financeiras e com maior capacidade de execução das emendas, menosprezando a escassez de receita orçamentária e indicadores locais. Isso porque os parlamentares, ao serem racionais e informados podem ter entre seus objetivos a reeleição

e, assim, buscam promover sua imagem cultivando relações pessoais com seus eleitores mediante a provisão de benefícios locais (*pork-barrel politics*).

No entanto, esta valorização pode levar os deputados federais à alocação inadequada dos recursos públicos, fazendo com que muitos locais recebam mais que a distribuição racional dos recursos, seguindo na contramão das necessidades locais, beneficiando regiões sem critérios lógicos de necessidade, pois os municípios que prescindem dos recursos, geralmente, são os mais beneficiados. Neste sentido, o Legislativo pode não estar corrigindo as distorções ao propor as emendas, mas ao contrário, agravando-as, perdendo sua racionalidade econômica e social (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020; BIJOS, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2005).

5.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.3.1 Dados e estratégia de investigação

O presente estudo trata-se de uma análise *cross section* do efeito das EPIS, levando em consideração os anos de 2013 e 2018, períodos antes e após a impositividade das EPI. Estabeleceu-se como corte temporal o ano de 2015, ano de início da vigência do orçamento impositivo. O tempo poderá verificar o efeito no grupo tratado em relação ao de controle e revelar diferenças nos resultados entre os municípios, pois as emendas podem não produzir resultados imediatamente após sua a destinação. Para as análises, consideraram-se informações da saúde pública, socioeconômicas e políticas.

Cabe esclarecer que apenas comparar os municípios antes e depois do recebimento das EPIS não é capaz de revelar seu efeito, uma vez que, diversos outros fatores podem afetar os resultados da intervenção. Assim, para estimar o efeito causal sobre os resultados, o método deve estimar o efeito contrafactual, ou seja, qual seria o resultado dos indicadores de saúde nos municípios que receberam recursos oriundos das EPIS, se eles não tivessem recebido tais recursos. Neste sentido, faz-se necessário identificar um grupo de comparação para estimar o que teria acontecido aos municípios na ausência das EPIS (Adaptado GERTLER *et al.*, 2015).

Diante disto, torna-se viável utilizar o método Diferença em Diferença (DD), adotado nos estudos de abordagem quase experimentais (REEVES; WELLS; WADDINGTON, 2017). O DD permite comparar as mudanças nos resultados ao longo do tempo nos municípios que receberam (o grupo de tratamento) e os municípios que não receberam os recursos financeiros

advindos das EPIS (o grupo de comparação) comumente designado de controle (Adaptado de GERTLER *et al.*, 2015).

Para definição da amostra, levou-se em consideração os municípios brasileiros que receberam, ou não, EPIS. Fazia parte do grupo controle 2115 municípios, os que não receberam emendas. E o grupo tratamento, que recebeu recursos oriundos das EPIS, por sua vez, somam 3455 municípios e representa 62% do total de municípios.

A partir de então, estabeleceu-se os grupos de tratamento e controle a fim de observar os efeitos das EPIS, considerando a equidade na saúde pública. Para tanto, analisou-se como resultado: (a) a Taxa de Mortalidade Infantil; (b) Cobertura Vacinal; (c) Cobertura da Equipe de Saúde; (d) Nascidos Vivos com Baixo Peso; (e) Proporção de Consultas Pré-natal; (f) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

A mortalidade infantil é comumente aplicada para evidenciar as condições de desigualdade em saúde pública (CARVALHO *et al.*, 2015; VOLPE *et al.*, 2009), um dos objetivos que as EPIS deveriam buscar reduzir. E o fortalecimento das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliação da cobertura vacinal e consultas pré-natal podem contribuir para reduzir os nascimentos com baixo peso e as mortalidades nesse grupo etário (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

O indicador ICSAB, por sua vez, instituído por meio da Portaria nº 221/2008, é considerado o instrumento de avaliação de desempenho da saúde pública e também do efeito de intervenções de políticas de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Considerou-se, na análise, a lista de causas da referida portaria. Diante do exposto, em seguida, discute-se a estratégia empírica de investigação.

5.3.2 Estratégia empírica: Diferença em Diferença com *Propensity Score Matching*

O modelo DD merece atenção em relação ao efeito das variáveis omitidas, que poderia não revelar o efeito real da intervenção. Diante disto, adotando o que recomenda a literatura sobre a necessidade dos grupos de controle e tratamento serem comparáveis, ou melhor, que as diferenças entre os dois grupos sejam, em função das características, observáveis e controladas pela inserção de variáveis de controle (GERTLER *et al.*, 2015), neste estudo, utilizou-se a taxa de médicos na atenção básica, a proporção de internação, a despesa com saúde, o nível educacional, a taxa de água e os beneficiários do programa bolsa família do município.

Assim, empregou-se o *Propensity Score Matching* (PSM), que possibilita calcular a probabilidade (PX) das unidades (os municípios) de tratamento e controle virem a receber recursos oriundos das EPIS, considerando os valores observados de suas características, ou melhor, o escore de propensão, que varia de 0 a 1.

O escore de propensão evidencia a probabilidade de o município (i) participar do programa, dado um conjunto de características observáveis (X_i). Nesse caso, representado pelas variáveis socioeconômicas e de recursos para a saúde, que podem ser consultadas no Quadro 1 (ANEXO A). Além da pertinência teórica, as variáveis utilizadas no pareamento foram baseadas em exercícios de inclusão e exclusão, considerando a significância estatística no sentido de obter a melhor predição possível do modelo. Ele pode ser representado formalmente pela Equação 1, que foi estimada através do modelo Probit.

$$(PX) = Pr(PMM_i = 1/X_i) \quad (1)$$

A partir dos resultados, realizou-se o pareamento entre os grupos de controle e tratamento que tinham os escores similares. O pareamento foi realizado por meio do vizinho mais próximo, por ser o mais usual na literatura. Ele faz o pareamento para cada unidade do grupo de municípios que recebeu o tratamento a pelo menos uma unidade do grupo controle com escores de propensão mais próximo (KHANDKER; KOOLWAL; SAMAD, 2010).

O pareamento se fez necessário em função dos grupos de tratamento e controle não serem escolhidos de forma aleatória e sim, de acordo com critérios de elegibilidade. Pois mesmo a distribuição de recursos públicos devendo ser equitativa, Baião, Oliveira e Couto (2020), Bijos (2018) e Baião, Cunha e Souza (2017) apontam iniquidades alocativas na destinação das EP.

Após a definição dos grupos, estimou-se os efeitos por meio do método de diferença em diferenças (DD). Como o próprio nome sugere, ele calcula duas diferenças. A primeira diz respeito à diferença entre as médias das variáveis de resultado para os grupos (tratamento e controle) antes e após a impositividade das EPIS. A segunda é a diferença da primeira diferença calculada entre os grupos de tratamento e controle. O Efeito Médio do Tratamento sobre o Tratado (Average Treatment Effect on Treated – ATT) é obtido pela média das diferenças.

Formalmente, o efeito médio do tratamento sobre os municípios que foram contemplados com recursos oriundos das EPIS (tratados) pode ser representado pela equação:

$$ATT = E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1, P(X)] = E(Y_i^1 | T_i = 1, P(X)) - E(Y_i^0 | T_i = 0, P(X)) \quad (2)$$

Neste estudo, o status de tratamento do município é representado por uma variável *dummy* (T) que possui valor “1” se o mesmo recebeu recursos oriundos de EPIS (Tratamento); e valor “0”, caso não tenha recebido (Controle). Ainda, representa-se por Y_i^1 o valor das variáveis de resultado para o município i, caso ele esteja sujeito ao Tratamento, e Y_i^0 o valor das mesmas variáveis, caso esse município pertença ao grupo controle. X representa o vetor das características observáveis, e neste estudo, considerou-se algumas variáveis que contribuem para a formação da capacidade estatal, que são: o PIB *per capita*, o índice FIRJAN/educação de desenvolvimento municipal, estrato populacional, internações por condições sensíveis a atenção básica, transferências para a saúde, receita corrente *per capita*, e o deputado pertencer ao mesmo partido do prefeito e do governador. O escore de propensão P(x) é a probabilidade condicional de um município receber o tratamento (receber EPIS) dadas as suas características observáveis em X. Isto é, $P(X) = \text{Probabilidade}(T=1|X)$.

Assim Heckman *et al* (1997) salientam a estimação do efeito do tratamento em dois estágios, em que o primeiro se refere ao recebimento de recursos oriundos de EPIS – *propensity score matching* – e o segundo, ao cálculo das diferenças das diferenças de tratados e controles ponderada pelo *propensity score matching*.

5.4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A fim de examinar se a execução das EPIS teria um efeito positivo sobre a equidade na saúde pública, seguimos uma metodologia quase-experimental na qual os municípios brasileiros foram pareados (*Propensity Score Matching* –PSM) através de uma série de características observáveis pré-tratamento e, posteriormente, calculado o método Diferença em Diferença (DD).

5.4.1 Descrição dos dados utilizados para o escore de propensão e diferença em diferença

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva dos dados utilizados nas análises juntamente com o teste de médias.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e teste de médias para os grupos de tratamento e controle, para os anos de 2013 e 2018.

Variáveis	Tratamento (n=3455)				Controle (n=2115)			
	Obs.	2013 Média	2018 Média	Diferença	Obs.	2013 Média	2018 média	Diferença
TMI	2.571	15,040	13,944	-1,096***	1.368	18,701	17,006	-1,695***
TxESF	3.346	115,061	158,327	43,266***	2,040	121,517	169,941	48,424***
Cob_Vac	3.452	79,198	86,341	7,143***	2,113	81,069	91,617	10,548***
ICSAB	3.454	28,249	24,284	-3,965***	2.112	26,850	23,192	-3,658***
PNV_BP	3.383	8,138	8,202	0,064	2.046	8,054	8,2499	0,196
Txp_natal	3.454	65,359	74,635	9,276***	2.115	62,632	72,941	10,309***
RCPC	5,914	3,340	3,475	-0,134***	3,453	3,378	3,506	-0,128***
IFDM_ed	6,900	0,725	0,777	-0,051***	4,223	0,702	0,754	-0,052***
TS	6,837	10,896	11,162	-0,265*	4,144	9,589	9,237	0,351**
Est_pop	3,455	1,607	1,64	0,033	2,115	1,239	1,262	0,023*
Inpip	6,907	1,097	1,234	-0,137***	4,227	1,023	1,171	-0,147***
Dep_pref	3,455	0,796	0,588	-0,208***	2,115	0,767	0,615	-0,152***
Dep_gov	3,455	0,883	0,790	-0,093***	2,115	0,861	0,767	-0,094***
Txmed_AB	6,910	1,922	2,256	-0,333***	4,230	1,592	1,939	1,756***
PBF	6,910	359,707	299,199	60,508**	4,230	404,883	341,066	63,817**
Tx_agua	6,420	69,706	71,263	-1,556***	3,756	64,407	65,937	-1,529***
T_ES	6,910	1,177	1,347	-0,169***	4,230	1,076	1,249	-0,172***
TDIS	6,907	22,715	18,531	4,184***	4,226	24,681	20,052	4,629***
DS	6,837	500,139	699,754	-199,615*	4,144	541,161	734,607	-193,446**

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: *** significante a 1%, ** significante a 5%, * significante a 10%.

Nota: Obs é o número total de observações.

Conforme o teste de médias e a estatística descritiva apresentado na Tabela 1, identificamos a significância estatística ao nível de 1% na taxa de mortalidade infantil (TMI) com redução no indicador para ambos os grupos de municípios. E, embora o indicador do grupo controle apresente média de redução maior, a TMI permanece menor no grupo tratado, que recebeu recursos advindos das EPIS.

A cobertura populacional pelas equipes de saúde (P_ESF) e a cobertura vacinal (Cob_Vac) apresentaram significância estatística ao nível de 1%. Antes da impositividade das EPIS, estes indicadores apresentaram média inferior no grupo tratado, indicando a necessidade do tratamento, ou seja, recursos financeiros para ampliar a cobertura, no entanto, mesmo com a intervenção, que permitiu a ampliação da cobertura, o incremento no grupo tratado, municípios que receberam recursos oriundos das EPIS, foi menor que no grupo controle.

Em relação à taxa de ICSAB, o teste de médias revelou significância estatística ao nível de 1% para o indicador. Os municípios do grupo tratado partiram de uma média maior, demonstrando a necessidade do tratamento e, após receberem o incremento reduziram a média de internações por condições sensíveis à atenção básica, apresentando diferença média maior que o grupo controle, no entanto, a média de ICSAB, no ano de 2018, permanece menor no grupo controle.

Em relação à proporção de nascidos vivos com baixo peso (PNV_BP), o teste de médias não apresentou significância estatística nos grupos analisados. O PNV_BP apresentou média antes do tratamento maior, indicando a necessidade de receber o tratamento, no entanto, mesmo recebendo o tratamento não conseguiu reduzir a média, apresentando um aumento na diferença média de 0,09 pontos percentuais (p.p.). De modo semelhante, o grupo controle também apresentou aumento na média, no entanto, por não receber o tratamento o aumento da diferença média foi maior, de 0,18 p.p. Identificando que houve aumento do número de nascidos vivos com baixo peso nos dois grupos de municípios analisados.

A taxa de consulta pré-natal, por sua vez, partiu de uma média maior, em 2013, no grupo tratado, no entanto, após os municípios receberem o tratamento, apresentou diferença média menor que os municípios do grupo controle.

Por serem políticas públicas consolidadas, aspectos de gestão, associados às capacidades e a atuação de organizações da sociedade civil podem influenciar sua *performance*. Por isso, seus resultados podem ser consequência de outros fatores para além da política social, que se está analisando. Dessa forma, a inserção de variáveis capazes de controlar esse efeito, se fez necessária. As variáveis sociais, econômicas e políticas foram utilizadas no pareamento dos grupos e no método de diferença em diferença como possíveis indicadores que motivam o processo de alocação das EPIS.

Os indicadores sociais e de saúde demonstram que houve diferenças médias positivas nos indicadores de taxa média de médicos na atenção básica, taxa de água, estabelecimentos de saúde, PIB *per capita*, taxa de distorção idade série, receita corrente *per capita*, índice FIRJAN/educação de desenvolvimento municipal e transferências para a saúde, este, no entanto, apresentou aumento após o tratamento, enquanto os municípios do grupo controle apresentou redução, o que pode ser devido os valores das EPIS entrar no cálculo do mínimo constitucional exigido da União.

Evidencia-se, nos indicadores significância estatística ao nível de 1% para ambos os grupos, exceção das transferências para a saúde, que foi estatisticamente significativa a 5% para o grupo controle e 10% para o grupo tratado. O incremento médio de 2013 para 2018 foi maior em todos os indicadores para os municípios do grupo controle, exceto para a taxa de água, receita corrente *per capita* e transferências para a saúde.

Através do PSM, pretendeu-se obter um *contrafactual* ou grupo controle (que não recebeu EPIS) que fosse o mais similar possível ao grupo de tratamento (municípios que receberam EPIS) com relação às características observáveis dos municípios que foram pareados.

A partir daí, verificou-se o efeito do tratamento (receber EPIS) nas variáveis dependentes que mensuram a *performance* da saúde. Cada município brasileiro que recebeu EPIS – grupo tratado – foi assim pareado com municípios similares que não receberam EPIS – grupo controle – através dos resultados de um modelo de probabilidades (*probit*).

A tabela 2 apresenta o resultado do modelo *Probit* para a estimação do escore de propensão, com o pareamento dos entes municipais pelo método do vizinho mais próximo. As especificações finais do modelo foram encontradas mediante exercícios de inclusão e exclusão de variáveis, além da pertinência teórica no sentido de encontrar o melhor pareamento entre os municípios do grupo tratado e controle, satisfazendo a hipótese de balanceamento entre as variáveis incluídas no modelo.

Tabela 2: Resultado do *Propensity Score* para as variáveis de interesse

EPIS	Coef.	Erro Padrão	z	P>z	Intervalo de Coeficiente	
RCPC	-1,0787	0,1454985	-7,41	0,000***	-1,363872	-0,79352
IFDM_ED	-0,6835	0,1831206	-3,73	0,000***	-0,324597	-1,04241
ICSAB	0,0056	0,0016436	3,44	0,001***	0,008875	0,00243
TS	0,0076	0,0044081	1,74	0,081*	-0,000958	0,01632
EST_POP	0,2522	0,0300921	8,38	0,000***	0,193233	0,31119
LNPIP	0,4807	0,0849446	5,66	0,000***	0,314291	0,64726
DEP_PREF	0,0971	0,0447798	2,17	0,030**	0,009383	0,18491
DEP_GOV	0,1018	0,0553338	1,84	0,066*	-0,006575	0,21032
_cons	2,5034	0,4844184	5,17	0,000***	1,554044	3,45293

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Nota: *** significante a 1%, ** significante a 5%, * significante a 10%.

De acordo com os resultados observados, percebe-se que oito variáveis permitiram a formação dos grupos de comparação e controle. A probabilidade estimada de receber EPIS é negativamente associada à capacidade de geração de receita própria pelo município. Quanto menor a receita corrente *per capita*, maior a probabilidade de receber recursos provenientes de EPIS, podendo indicar uma forma de potencializar o alcance político, diante da possibilidade da emenda ter um impacto maior em municípios com baixa autonomia financeira. Esse resultado sugere também um possível efeito inclusivo e equitativo das EPIS, alocando recursos públicos para os municípios que, de fato, mais necessitam desses recursos, como possível forma de corrigir as assimetrias em saúde, uma vez que municípios que apresentam as maiores necessidades de saúde são, geralmente, os que apresentam menor autonomia financeira.

Na mesma direção de inclusão e diminuição da desigualdade, os municípios que apresentaram o índice de internação por condições sensíveis à atenção básica mais alto no ano base da mostra (2013) apresentam maior probabilidade de receber recursos de EPIS.

Resultado similar também foi obtido com educação, quanto menor o IFDM-educação maior a probabilidade de receber os recursos advindos das EPIS, sugerindo que os recursos oriundos dos parlamentares buscam reduzir disparidades sociais entre os municípios brasileiros.

Nesta mesma perspectiva, os municípios que receberam mais transferências para a saúde também apresentaram maiores chances de receber recursos via EPIS, o que pode sugerir que são municípios mais necessitados em saúde, uma vez que o critério de repasse de recursos pelo poder executivo segue critérios equitativos e de necessidade de saúde, conforme preceitua a LC 141/2012.

Por sua vez, em sentido positivo, o tamanho populacional do ente municipal afeta positivamente o recebimento de EPIS. Visto que os municípios mais populosos tendem a ter, também, maiores “bolsões” de pobreza que pressionam a demanda por ASPS. Logo, municípios com populações maiores apresentam maiores necessidades de recursos para suprir as necessidades em saúde, criando, portanto, um ambiente propício para alocação de EPIS.

Estes resultados corroboram Bertholini, Pereira e Rennó (2018), os quais afirmam que as emendas parlamentares são bem-sucedidas em destinar recursos aos municípios mais necessitados e, portanto, suas características socioeconômicas indicam a necessidade de transferências e afetam a alocação dos recursos via EPIS. Podendo evidenciar que, além de atender às demandas locais, a alocação de recursos advindos das EPI pode garantir políticas públicas que minimizem as iniquidades do sistema de saúde.

Entretanto, quanto maior a riqueza dos municípios, medida pelo seu respectivo PIB *per capita*, maior a probabilidade de receber recursos provenientes de EPIS. Este resultado sugere um possível efeito dissipativo das transferências voluntárias de autoria dos legisladores brasileiros, alocando recursos públicos em municípios que não apresentam as maiores necessidades desses recursos. O que pode ser devido à capacidade institucional, ou seja, à capacidade do município estar organizado e apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda, devido à série de exigências impostas aos municípios para receber transferências voluntárias do governo federal, como apontado por Baião, Couto e Oliveira (2020).

Outra possível justificativa seria a apontada por Klingensmith (2019), que as emendas parlamentares são usadas como capital político. No qual os parlamentares direcionam dinheiro federal para estados e municípios para apoiar a localização de projetos. Os empresários, por sua vez, recompensam os parlamentares com doações para as campanhas eleitorais, que podem ser usadas para aumentar a probabilidade de reeleição.

Consistente com as expectativas teóricas de Baião, Couto e Oliveira (2020) e Soares e Neiva (2011) os municípios em que o deputado federal é correligionário partidário do gestor municipal ou do governador tendem a atrair a atenção e interesse dos parlamentares, alocando mais recursos via EPIS, o que sugere o viés político e a importância das redes políticas na alocação das emendas. No entanto, não são apenas os grupos de interesses e a rede política de interesses local que se beneficiam com as melhorias na política pública em saúde proporcionadas pelos recursos oriundos das EPIS, mas a população do município como um todo. Permitindo encontrar, assim, um efeito multiplicador das EPIS, gerando externalidades positivas.

Definidos os grupos de tratamento e controle, os efeitos da impositividade das EPIS foram estimados para as variáveis de resultado relacionadas aos indicadores de saúde através do modelo Diferença em Diferença.

A Tabela 3 indica o efeito da impositividade das EPIS para as variáveis de resultado - taxa de mortalidade infantil, cobertura vacinal, cobertura da estratégia saúde da família, internações por condições sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequada - para o ano de 2018 em comparação ao período anterior à impositividade das EPIS, no ano de 2013.

As variáveis de controle utilizadas que captam a dimensão da capacidade estatal foram: a proporção de estabelecimentos de saúde, a taxa de médicos na Atenção Básica, as despesas com saúde por habitante – que ajudam a identificar os municípios que apresentam maiores necessidades em saúde – e a taxa de distorção idade série, de água e de pessoas beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – que ajudam a entender um pouco as desigualdades sociais que afetam diretamente a qualidade da saúde pública do município. Os controles utilizados reforçam os argumentos da literatura em relação aos fatores que deveriam ser atrativos para os parlamentares alocarem suas emendas.

Os resultados encontrados endossam os estudos de Bertholini, Pereira e Rennó (2018) e Rennó e Pereira (2013) que também avaliaram com métodos quase-experimentais os efeitos das EPI nos municípios, e identificaram que as mesmas são capazes de atenuar as desigualdades, pois repercutem de forma positiva em fatores sociais e promovem desenvolvimento.

Tabela 3: Efeito de tratamento das EPIS em indicadores de saúde

Variável	Tratados (n)	Controle (n)	ATT	Erro Padrão	t
TMI	3256	1236	-7,877	4,012	-1,963**
T_ESF	3256	1236	-9,068	7,270	-1,247
Cob_Vac	3256	1236	-0,457	0,481	-0,950
ICSAB	3256	1236	-0,091	0,112	-0,819
PNV_BP	3256	1236	0,090	0,137	0,656
Txp_natal	3256	1236	-0,023	0,030	-0,753

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: ** significante a 5%.

Um dos objetivos da impositividade das EPIS é contribuir para a alocação equânime de recursos públicos. De acordo com a estimativa, controlando o modelo com variáveis sociais e de saúde, que demonstrava a capacidade estatal, percebe-se que após a vigência do orçamento impositivo o efeito médio do tratamento sobre o grupo tratado foi significativo estatisticamente ao nível de 5% para a taxa mortalidade infantil (captada pela variável TMI). Portanto, o fato do município receber recursos oriundos das EPIS gerou efeito para a TMI, com diferença média de redução em 6,90% para os municípios que receberam EPIS, grupo tratado, em relação aos que não receberam, grupo controle. Este resultado corrobora o encontrado por Bertholine, Pereira e Rennó (2018), que ao estudarem as EP de 2002 a 2009, destacaram que as EPI podem ser capazes de reduzir a mortalidade infantil no Brasil, gerando a inclusão social.

Rennó e Pereira (2013) apontam também, que recursos oriundos de emendas parlamentares podem ser destinados a melhorias na qualidade do atendimento à população em áreas como saúde, educação e segurança. Inserindo recursos públicos onde eles são necessários, especialmente, nas municipalidades mais pobres, com graves problemas sociais e econômicos e acesso restrito a verbas públicas, podendo, assim, contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil.

Nesta mesma perspectiva, Almeida (2021), Oliveira (2018), Carvalho (2007) e Ames (2003), indicam que as emendas parlamentares têm propensão de reduzir as desigualdades regionais refletidas na melhoria dos indicadores sociais e de saúde.

Esse resultado, portanto, segue na contramão do apontando por Baião, Couto e Oliveira (2020) e Baião, Cunha e Souza (2017), os quais apontam que as emendas não são capazes de corrigir as distorções sociais, e descrevem que a alocação das emendas parlamentares beneficiam regiões sem critérios lógicos, não levam em consideração as necessidades locais, e os municípios que mais necessitam, geralmente, não recebem estes recursos. Sendo possível identificar que os legisladores, motivados pelos níveis de cooperação

entre os entes federativos, envolvendo as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta, contribuem com aporte financeiro para a saúde, com a entrega de recursos que podem contribuir para reduzir as desigualdades em saúde pública, medida através da TMI, como proposto por Carvalho *et al.* (2015) e Volpe *et al.* (2009).

No entanto, ao considerar a cobertura da estratégia saúde da família e cobertura vacinal, internações por condições sensíveis a atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequada, o efeito médio do tratamento sobre o grupo tratado não foi significativo. Logo, pode-se dizer que a impositividade das EPI, proposta pela EC 86/2015, não apresentou efeito sobre esses indicadores municipais de saúde no período considerado, demonstrando que as EPIS podem ter efeito dissipativo, o que pode ser devido ao Ministério da Saúde não disponibilizar aos parlamentares informações sobre os estados/municípios com maior carência financeira na área da saúde, conforme preconiza o art. 17 da LC 141/12, e apontado por Silva, Monteiro e Cedraz (2018).

O efeito não significativo das EPIS pode ser, também, devido ao apontado por Rodrigues (2018) e Vieira e Benevides (2016), os quais descrevem que a União, apesar de elevada participação no financiamento, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde, devido ao proposto pelas EC 86/2015 e EC 95/2016, e, portanto, essa redução de recursos pode ter influenciado para que os indicadores de saúde não apresentassem efeito significativo, no período analisado. Assim, o aumento do valor destinado às EPIS pode estar contribuindo para equalizar/compensar a redução de recursos repassados pela União, mas não está sendo suficiente para equalizar o sistema público de saúde.

Pois, conforme apontam Piola e Vieira (2019), a execução das emendas parlamentares, em 2015, era 1,7% da despesa total com ASPS, em 2017, atingiu o patamar de 8%, indicando que o Ministério da Saúde pode estar “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares. No entanto, os parlamentares não têm a obrigatoriedade de seguir os critérios de necessidade de saúde inscritos no art. 17 da LC 141/2012 e isso pode fazer com que alguns municípios sejam mais beneficiados que os outros, fazendo com que esse tipo de recurso não seja capaz de corrigir as distorções em saúde.

Ou, devido, à discricionariedade dos parlamentares na alocação dos recursos públicos, que, para se manter no poder, optam por priorizar as redes políticas em detrimento à capacidade estatal e às necessidades de saúde. Corroborando Baião e Couto (2017), quando estes apontam que as transferências às prefeituras são mais eficazes e tornam-se mais visíveis aos eleitores quando prefeito e deputado são correligionários partidários, garantindo a reeleição do parlamentar.

Essa lógica vai ao encontro do proposto por Rodrigues (2019) e De Carvalho Ferreira e Oliveira (2017), pois estes apontam que, ao transferir ao Legislativo parcela do poder decisório na escolha de prioridades para fins de implementação de políticas públicas é possível que o parlamentar aperfeiçoe a proposta encaminhada pelo poder executivo, visando uma melhor alocação dos recursos públicos, no entanto, não necessariamente garante que a aplicação de recursos seja efetiva para o atendimento das necessidades e correção das assimetrias no sistema de transferências de recursos brasileiro.

A capacidade estatal é a capacidade do Estado implementar políticas públicas dentro de um arranjo institucional específico (GOMIDE; PIRES, 2014) e ter uma participação mais ativa do poder legislativo, visto que a CF/88 possibilitou aos parlamentares, além de aprovar, também alterar a peça orçamentária apresentada pelo poder executivo, mediante a apresentação de emendas.

E, com isso, a implementação de políticas envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para a realização das políticas públicas, fazendo com que os gestores tenham que estabelecer redes políticas e se relacionar, simultaneamente, com o poder legislativo, na produção de políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2015; SÁ E SILVA; LOPEZ; PIRES, 2010), principalmente de saúde, que, além de ter metade do percentual das EPI destinadas à saúde, Piola e Vieira (2019) apontam que o Ministério da Saúde vem empenhando valor superior ao exigido constitucionalmente via emendas parlamentares, denotando que o poder executivo está “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde, exigido constitucionalmente, em prol dos parlamentares.

O Congresso Nacional, portanto, ao ser a casa da diversidade político-partidária, tem a possibilidade de alterar o desenho orçamentário da política pública construído pelo governo e sua base, equalizando seus efeitos. Neste sentido, as EPIS permitem aos parlamentares intervir diretamente no processo orçamentário, compartilhando com o Poder Executivo a responsabilidade pelos resultados do investimento na política pública de saúde.

Destarte, as EPIS compõem a aplicação mínima da União em ASPS, mas não seguem critérios objetivos e uniformes para alocação, baseados na capacidade estatal, mas sim na discricionariedade do parlamentar, que, por vezes, pode transferir volumes expressivos de recursos para municípios que apresentam boas condições de saúde em detrimento dos que apresentam as maiores vulnerabilidade, devido, sobretudo, ao estabelecimento de redes políticas. O que pode ter influenciado para que alguns dos indicadores de resultado da saúde analisados não se mostrassem significativos.

No entanto, o desejável é que alocação dos recursos via EPIS seguisse critérios equitativos e o Ministério da Saúde, ao compartilhar a responsabilidade na definição da alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares, determinasse critérios de necessidade de saúde a serem seguidos. Assim, estes recursos poderiam alcançar melhores resultados na minimização das assimetrias em saúde, visto que o parlamentar tem possibilidade de conhecer a demanda local melhor que o governo federal e implementar políticas públicas congruentes com a necessidade local, o que poderia traduzir em melhores resultados, como equidade e efetividade na política pública de saúde, do que as políticas nacionais e universalistas. Visto que, nesse estudo, as EPIS têm propensão de atenuar as desigualdades em saúde refletidas na redução da mortalidade infantil.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do orçamento impositivo, que impõe a obrigatoriedade de metade dos recursos das emendas parlamentares individuais ser destinada à saúde, pode ser considerada bem-sucedida, visto que tem propensão de minimizar as desigualdades em saúde no território brasileiro na medida em que os resultados do efeito das EPIS sobre a taxa de mortalidade infantil denotam melhorias na saúde pública.

Foi possível identificar, a partir de métodos quase-experimentais, as mudanças provocadas (redução) na taxa de mortalidade infantil nos municípios em relação ao incremento de recursos para a saúde via EPI. Podendo, os resultados desse estudo verificar como as políticas locais de autoria dos parlamentares podem reduzir as iniquidades em saúde, identificadas através do efeito na mortalidade infantil.

Após comparar os resultados dos grupos tratamento e controle antes e depois de receberem as EPIS, identificamos que houve diferença entre os dois grupos, no tempo e entre eles, para o indicador taxa de mortalidade infantil, que é usado para medir a desigualdade em saúde, conforme proposto por Carvalho *et al.* (2015) e Volpe *et al.* (2009). A diferença significativa na taxa de mortalidade infantil indica que as EPIS podem estar cumprindo seu papel de oportunidade de correção de assimetrias e iniquidades presentes nas vias orçamentárias primárias e nas demais formas de transferências intergovernamentais, sendo, portanto, efetivas alocativamente.

Entretanto, essa inclusão também apresenta características de dissipação de recursos, pois indicadores como a taxa de cobertura da estratégia saúde da família, cobertura vacinal, internações sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de

consultas pré-natal adequada, não foram significativas estatisticamente para explicar a destinação das EPIS, ou seja, o padrão verificado com a mortalidade infantil não é reproduzido por outras dimensões de saúde no Brasil, demonstrando que o sistema atual funciona, mas necessita ser aprimorado.

Os resultados foram controlados por fatores relacionados à infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde, recursos e por questões sociais e políticas que poderiam afetar os indicadores de saúde analisados, bem como atrair o parlamentar a destinar as EPI. Em muitos dos indicadores sociais de controle houve retrações ou pouco avanço nos municípios, o que pode ter comprometido os resultados da saúde. Diante do exposto, os resultados sugerem aos formuladores de políticas e gestores públicos a necessidade de conjugar políticas públicas intersetoriais visando amenizar ou reduzir os determinantes sociais, visto que os mesmos têm relação direta com a saúde. Além do mais, os achados desse estudo, em relação à redução na taxa de mortalidade infantil, contribuem com a literatura em ciência política que aponta as emendas parlamentares como capazes de reduzir as desigualdades sociais e de saúde.

Nesse sentido, as emendas permitem aos parlamentares intervir diretamente no processo orçamentário, compartilhando responsabilidade pelos resultados dos investimentos em políticas públicas de saúde com o Poder Executivo, pois, além de fiscalizar, o poder legislativo, passa, também, a definir as políticas públicas de saúde junto ao poder executivo.

Porém, é preciso ressaltar que os resultados são de apenas um ano, sendo necessário, para trabalhos futuros, analisar os efeitos das emendas parlamentares nos indicadores de resultados da saúde no contexto dos municípios brasileiros com acompanhamento da série temporal maior, ano a ano, bem como inserir novas variáveis de controle que podem impactar os indicadores de resultado da saúde, assim como impulsionar os parlamentares a indicar as emendas de sua autoria, a fim de aprofundar o entendimento se as emendas parlamentares são efetivas ao propor políticas públicas de saúde.

5.6 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**, v. 1, p. 13-31, 2007.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, D. P. B. de. O mito da ineficiência alocativa das emendas parlamentares. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 34, 2021.

AMES, B.. Os Entraves da Democracia no Brasil. 1. ed. **Rio de Janeiro: FGV**, 2003.

AMES, B.; PEREIRA, C.; RENNÓ, L. Famintos por *pork*: uma análise da demanda e oferta por políticas localistas e suas implicações para a representação política. In: POWER, Timothy; ZUCCO JR., Cesar (orgs.). O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira. **Belo Horizonte: Editora UFMG**, 2011. p. 239-272.

ANTINARELLI, M. E. P. B. Federalismo, autonomia municipal e a constitucionalização simbólica: uma análise da dependência financeira dos pequenos municípios mineiros. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, n. 61, p. 445-472, 2012.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953-963, 2017.

ARRETICHE, M. A agenda institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 331-345, 2003.

_____. Quando instituições federativas fortalecem o governo central?. **Novos estudos CEBRAP**, n. 95, p. 39-57, 2013.

_____. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo: **Editora Revan**, 2000.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G. A eficácia do pork barrel: a importância de emendas orçamentárias e prefeitos aliados na eleição de deputados. **Opinião Pública**, v. 23, n. 3, p. 714-753, 2017.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; JUCÁ, I. C. A execução das emendas orçamentárias individuais: papel de ministros, cargos de liderança e normas fiscais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 25, p. 47-86, 2018.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. de Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* vol. 27 no 71 Curitiba 2019 Epub Mar 09, 2020.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. 2017.

BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2267-2279, 2012.

BATISTA, M. Burocracia local e qualidade da implementação de políticas descentralizadas : uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 3, p. 345-370, 2015.

BERTHOLINI, F.; PEREIRA, C.; RENNO, L. Pork is policy: Dissipative inclusion at the local level. **Governance**, v. 31, n. 4, p. 701-720, 2018.

BIJOS, D. Repensando as Transferências Voluntárias pela Perspectiva dos Atores e das Instituições Locais. **Desenvolvimento em Questão**, v. 16, n. 44, p. 322-350, 2018.

BOSCHI, R.; GAITÁN, F. Brasil e os atores emergentes em perspectiva comparada: capacidades estatais e a dimensão político-institucional. **Brasília**, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União** 1988.

CARVALHO, M. Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na Redução das Desigualdades Regionais. Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, 2007.

CARVALHO, R. A. da S. *et al.* Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

DE CARVALHO FERREIRA, F. G. B.; OLIVEIRA, C. L. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 38, n. 76, p. 183-212, 2017.

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. Incentivos eleitorais, partidos e política orçamentária. **Dados**, v. 45, n. 2, p. 303-344, 2002.

GERTLER, P. J. *et al.* **Avaliação de impacto na prática**. World Bank Publications, 2015.

GOMIDE, A. de Á.; PIRES, R. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. **Ipea**, 2014.

GREGGIANIN, E.; SILVA, J. R. P. O orçamento impositivo das emendas individuais: disposições da Emenda Constitucional no 86, de 2015, e da LDO 2015. Brasília: **Senado Federal**, 2015. (Orçamento em Discussão, n. 16).

HECKMAN, J. *et al.* Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme. **The review of economic studies**, v. 64, n. 4, p. 605-654, 1997.

HERRLEIN JR., R. A construção de um Estado democrático para o desenvolvimento no século XXI. Brasília: **Ipea**, 2014. (Texto para Discussão, n. 1935).

JESSOP, B. Bringing the state back in (yet again): reviews, revisions, rejections, and redirections. **International Review of Sociology/Revue internationale de sociologie**, v. 11, n. 2, p. 149-173, 2001.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

KHANDKER, S. R.; KOOLWAL, G. B.; SAMAD, H. A. **Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices**. World Bank Publications, 2009.

KLINGENSMITH, J. Z. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. **Economies**, v. 7, n. 1, p. 16, 2019.

LAHUD, V. P. M. Financiamento federal da saúde: efeitos do orçamento impositivo. 2016. Dissertação (Mestrado) – **Universidade de Brasília**, Brasília, 2016.

LEFTWICH, A.; HOGG, S. The case for leadership and the primacy of politics in building effective states, institutions and governance for sustainable growth and social development. Birmingham: DLP, 2011. (Background Paper, n. 5).

LE MOS, L. B. de S. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. **Dados**, v. 44, n. 3, p. 561-605, 2001.

LIMA, L. D. de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 511-522, 2007.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. **Dados**, v. 48, n. 4, p. 737-776, 2005.

LOWI, T. J. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World Pol.**, v. 16, p. 677, 1963.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade, Campinas**, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012.

MASKIN, E.; TIROLE, J. Pandering and pork-barrel politics. **Journal of Public Economics**, v. 176, p. 79-93, 2019.

MENEZES, D. C.; PEDERIVA, J. H. Orçamento impositivo: elementos para discussão. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 7, n. 4, p. 178-185, 2015.

MONTEIRO; J. M.; CEDRAZ; A.; SILVA; C. M. da C. **Relatório de auditoria**. Emendas parlamentares ao projeto de lei orçamentária. Falhas na informação e definição de objetos prioritários. Deficiência na interlocução entre os poderes executivo e legislativo. Fragmentação antieconômica dos recursos. Inexistência de critérios úteis à diminuição das desigualdades regionais. Possibilidades de aprimoramento do processo de elaboração e execução. Determinações e recomendações. Arquivamento. TCU. 2018.

O'DONNELL, G. Democracia, agência e estado: Teoria com intenção comparativa. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2009.

OLIVEIRA, C. N. de. Emendas Parlamentares: entre a ficção e a realidade na assistência financeira às Universidades Estaduais. *Universidade e Sociedade* 61 Ano XXVIII - Nº 61 - janeiro de 2018. **Revista publicada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN**. Semestral. Brasília.

PAES DE PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PAINTER, M.; PIERRE, J. Unpacking Policy Capacity: issues and themes. In: PAINTER, Martin; PIERRE, Jon. *Challenges to State Policy Capacity*. **New York: Palgrave Macmillan**, 2005. p. 1-18.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares ea alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Texto para Discussão, 2019.

PIRES, R. R. C. GOMIDE, A. A. Variações setoriais em arranjos de implementação de programas federais. **Revista do Serviço Público**. 66(2), Brasília, 2015.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de Á.. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de sociologia e política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2010.

REEVES, B. C.; WELLS, G. A.; WADDINGTON, Hugh. Quasi-experimental study designs series—paper 5: a checklist for classifying studies evaluating the effects on health interventions—a taxonomy without labels. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 89, p. 30-42, 2017.

RENNÓ, L. R. J.; PEREIRA, C. E. F. F. Gastos públicos, emendas orçamentárias do Legislativo e inclusão dissipativa nos municípios brasileiros: 1998 a 2010. **Universidade de Brasília–UNB**, 2013.

REZENDE, F. Federalismo fiscal: em busca de um novo modelo. In: Oliveira, R. P.; Santana, W. *Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: **Unesco**, 2010. p. 71-88.

RODRIGUES, J. A. M. Emendas Parlamentares Individuais e Conexão Partidária: um estudo de caso do Ministério das Cidades. 2018.
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555175/ILB2018_RODRIGUES.pdf?sequence=1

RODRIGUES, T. A. Emendas parlamentares individuais: a relação entre os poderes executivo e legislativo após a promulgação da Emenda Constitucional 86/2015. **Revista Orçamento em Discussão**, Brasília, n. 045, 2019.

SÁ E SILVA, F. S. E.; LOPEZ, F. G.; PIRES, Roberto. Introdução: a democracia no desenvolvimento e o desenvolvimento da democracia. FABIO SÁ e SILVA; FELIX LOPEZ; ROBERTO PIRES.(Org.). Estado, instituições e democracia: democracia. Brasília: **IPEA**, v. 2, p. 17-46, 2010.

SAMUELS, D. J. Pork barreling is not credit claiming or advertising: Campaign finance and the sources of the personal vote in Brazil. **Journal of Politics**, v. 64, n. 3, p. 845-863, 2002.

SANTOS, A. M. S. P; NAZARETH, P. A. Crise fiscal e seus impactos nas relações interfederativas: o caso dos municípios fluminenses. **Geo UERJ**, n. 31, p. 1-33, 2017.

SANTOS, L. O impacto das emendas parlamentares impositivas no SUS. Consultor Jurídico, 19 fev. 2019. Consultor Jurídico, 19 fev. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-fev-19/lenir-santos-impacto-emendas-parlamentares-impositivas-sus>. 2019. Acesso em 02/03/2020.

SILVA, M. F. G. Políticas de governo e planejamento estratégico como problemas de escolha pública II. **Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 4, p. 38-50, 1996.

SOARES, M. M.; NEIVA, P. R. P. Federalism and Public Resources in Brazil: Federal Discretionary Transfers to States. **Brazilian Political Science Review**, v. 5, n. 2, p. 94-116, 2011.

SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno Crh**, v. 16, n. 39, 2003.

STEIN, G. Q. Capacidades estatais e políticas públicas: análise das políticas industriais brasileiras no século XXI. In: **Seminário Internacional de Ciência Política**, 1., 2015, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: UFRGS, 2015. p. 79-104.

TAJIMA, É. M. Y. A coordenação federativa na política de infraestrutura rodoviária. Brasília : **IPEA**, 2018. xiv, 65 p. : il.

TAVARES, R. P. Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC. 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VOLPE, F. M. *et al.* The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. **Revista panamericana de salud publica**, v. 26, p. 478-484, 2009.

WANG, X.; HERD, R. The system of revenue sharing and fiscal transfers in China. OECD Economics Department Working Papers, n. 1030, **OECD** Publishing, 2013. The system of revenue sharing and fiscal transfers in China. [s.l: s.n.]. Acesso em: 30 jan. 2020.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As emendas parlamentares apresentam-se como uma estratégia efetiva tanto para eleitores quanto para parlamentares e podem desempenhar um papel na melhoria da qualidade da representação democrática, como propõe a Teoria da Escolha Pública, definida simplesmente, como a força com que os interesses dos eleitores se refletem nos resultados do sistema político, na forma de políticas públicas, sobretudo para a saúde. E onde parte da responsabilidade da União, definida na coordenação federativa, passa a ser decidida por políticas públicas propostas pelos parlamentares.

As emendas parlamentares propostas ao orçamento da União apresentam-se como políticas distributivas locais que atendem a interesses públicos específicos, tendo efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos, melhorando as condições de vida, reduzindo as desigualdades regionais, promovendo o desenvolvimento local e a inclusão social e econômica.

No entanto, grande parte da literatura as considera como sujeita a ineficácia, dada a sua natureza particularista e clientelista. Defende que os parlamentares tendem a indicar as emendas de sua autoria em troca de apoio eleitoral, por questões meramente políticas, sem observar critérios sociais ou econômicos, com objetivo único de assegurar sua sobrevivência política. E a falta de coordenação dos recursos, visto que as EPI são de indicação discricionária, pode resultar em um possível acúmulo de repasses por diferentes parlamentares para um mesmo município, além de suas necessidades.

Diante disso, em um país imerso em desigualdade e pobreza, com governos municipais carentes de recursos e uma grande dependência do orçamento federal, a transferência de recursos para as localidades através de EP pode não apenas ser uma forma eficiente de distribuição de renda e inclusão social, mas, muitas vezes, é a única via pela qual recursos federais chegam à população necessitada e permite reduzir as desigualdades em saúde pública.

É fundamental considerar o papel positivo, mesmo que dissipativo, que as EPI têm no fortalecimento dos laços entre eleitores e representantes, especialmente nas municipalidades mais pobres, com graves problemas sociais e econômicos e acesso restrito a verbas públicas. Além disso, são elementos importantes que facilitam a aprovação de proposições da maioria, gerando governabilidade. As emendas cumprem papel relevante em estreitar as relações executivo/legislativo e são chaves para pensar as relações de responsabilização democráticas

(*accountability*) entre eleitores e eleitos. Além de serem importantes instrumentos capazes de reduzir as desigualdades na política pública de saúde.

Com a criação de um limite obrigatório para as EPI e a dinâmica anterior à EC 86/2015, de barganha da execução dessas emendas, esperava-se que o Executivo se restringia ao montante de execução a que está obrigado, que é o valor correspondente às emendas impositivas. Na prática, entretanto, o que se presenciou nos últimos anos foi um aumento significativo da execução das emendas. Sendo, portanto, necessário investigar se esse aumento de recursos destinado via EPIS tem gerado efeitos positivos para mitigar as desigualdades em saúde.

Aumentar o valor alocado/transferido aos municípios por meio das EPI poderia ser uma estratégia de alocar recursos adicionais à saúde, no entanto, esses recursos compõem a aplicação mínima da União em ASPS, destarte, não seguem critérios objetivos e uniformes para alocação, baseando na discricionariedade do parlamentar, que por vezes, pode transferir volumes expressivos de recursos para municípios que apresentam boas condições de saúde em detrimento dos que apresentam as maiores vulnerabilidade.

A análise de políticas públicas é um importante instrumento de planejamento e gestão, para que o setor público possa detectar as disparidades regionais e sua intensidade e as prioridades de investimentos, possibilitando a avaliação de políticas e programas anteriormente implementados ou mesmo orientando a elaboração de novos programas. Ademais, na análise da política pública de saúde os indicadores de necessidades de saúde são indispensáveis para avaliar se a alocação de recursos é efetiva e equitativa. Política pública que se fundamenta no princípio da equidade estabelece que maior atenção deve ser dada às localidades que apresentam as maiores necessidades em saúde.

Portanto, este trabalho buscou analisar o processo de alocação de recursos discricionários de autoria individual dos parlamentares brasileiros na performance da política pública de saúde. A pretensão era saber qual a efetividade das EPIS na correção de iniquidades da saúde pública brasileira.

Com a aprovação da impositividade das EP era esperado que viesse a aumentar a execução orçamentária e financeira das EPI. Os resultados apresentados ao longo do estudo mostram o aumento significativo no número de municípios beneficiados com recursos públicos advindos das EPIS, assim como o aumento dos valores *per capita* repassados.

Há, contudo, uma diminuição na participação, no âmbito das EPIS, das alocações para despesas de investimentos. O que faz sentido, uma vez que, com o “congelamento” do teto em ASPS, é compreensível que os gestores municipais deem prioridade às despesas de custeio.

No entanto, a redução de recursos em despesas de investimentos comprometem melhorias e a ampliação na infraestrutura do sistema de saúde, o que influencia diretamente seu desempenho.

Destarte, com o aumento da participação das EPIS como instrumento de distribuição de recursos federais, criou-se uma sistemática alocativa de difícil identificação de eventuais efeitos positivos na redução das disparidades regionais, devido a possível compensação de recursos públicos destinados à saúde impostos pelo “congelamento” dos gastos da saúde, atribuídos pela EC 95/2016.

Os resultados deste estudo, ainda são “tímidos” para a dimensão que as EPIS vêm conquistando no financiamento público da saúde, visto que essas despesas são computadas para a apuração da aplicação mínima da União em ASPS e o Ministério da Saúde vem transferindo parte da responsabilidade da definição da alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares.

No entanto, os resultados são relevantes para a literatura e se somam a outros poucos estudos que demonstram que as EPI são capazes de mitigar as desigualdades regionais, visto que os resultados revelam um aumento significativo no número de municípios que receberam EPIS, proporcional à sua necessidade, indicando que as emendas podem estar equalizando/compensando a distribuição de recursos públicos e reduzindo as disparidades, contribuindo para minimizar as assimetrias em saúde pública, refletida no efeito na taxa de mortalidade infantil. E que, não só critérios políticos, mas também técnicos, associados à necessidade de saúde, são fundamentais para explicar a alocação de emendas nos municípios. Resultados esses, que se contrapõem ao senso comum e aos achados predominantes da literatura em ciência política sobre o uso apenas clientelista e fisiologista das emendas parlamentares.

Os resultados desse estudo interpretam como as políticas locais de autoria dos parlamentares podem reduzir as desigualdades sociais e iniquidades em saúde, identificadas através do efeito na mortalidade infantil. Entretanto, essa inclusão também apresenta características de dissipação de recursos, pois indicadores como a taxa de cobertura da estratégia saúde da família, cobertura vacinal, internações por condições sensíveis a atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequadas não foram significativos, estatisticamente, para explicar a destinação das EPIS, ou seja, o padrão verificado com a mortalidade infantil não é reproduzido por outras dimensões de saúde no Brasil, demonstrando que a expectativa de efetividade foi parcialmente atendida e, embora o sistema atual funcione, necessita ser aprimorado.

Pois, como nos propõe os resultados, embasados na Teoria da Escolha Pública, na política e na economia, o indivíduo é maximizador de utilidades egoístas e racionais derivadas do auto interesse de eleitores e políticos (DIAS; 2009). No “mercado da alocação das EPIS”, portanto, parlamentares e eleitores são maximizadores de utilidades egoístas e racionais, onde o que está em jogo é o interesse próprio das partes envolvidas, de uns, a reeleição, e de outros, as políticas locais. E, nesse jogo, as redes políticas, sobretudo entre gestores municipais e parlamentares, são de primordial relevância para fortalecer a percepção do benefício adquirido. Mas, esse estudo demonstra que os interesses privados não estão se sobrepondo ao mérito das políticas locais, pois está contribuindo para minimizar as assimetrias em saúde, refletidas no efeito da taxa de mortalidade infantil, indicando que o parlamentar está sendo responsivo aos eleitores e contribuindo para que as transferências sejam mais equânimes.

Portanto, a alocação das EPIS é permeada pela capacidade institucional e política e pelo poder de articulação do gestor municipal, pois permite aos parlamentares intervir diretamente no processo orçamentário, compartilhando com o Poder Executivo a responsabilidade pelos resultados do investimento em políticas públicas de saúde. E evidencia esforços em corrigir as iniquidades do sistema público de saúde. Destarte, há indícios que persistem as atitudes “clientelistas” entre parlamentares e gestores municipais, o que impede de alcançar, de forma efetiva, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde.

As EPIS, portanto, vêm contribuindo para melhorias nas ASPS, sobretudo em um período marcado pela recessão econômica e escassez de recursos para a saúde impostos pela EC 95/2016. Assim, se o legislador não tivesse instituído a impositividade das EPI, possivelmente, os indicadores de saúde pública brasileira poderiam estar piores.

Os achados desse estudo somam-se aos esforços empreendidos no sentido de analisar os efeitos das EPI na política pública de saúde. Porém, permanece ainda inconclusivas as evidências dos seus efeitos, visto que, em diversos indicadores analisados, os resultados não demonstraram efeito significativo.

Os resultados desse estudo foram controlados por fatores relacionados a capacidades estatais como a infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde e seus recursos e por questões sociais, econômicas e políticas que poderiam afetar a política de saúde, bem como atrair o parlamentar a destinar EPI. Em muitos desses indicadores sociais de controle identificou-se retrações, ou pouco avanço nos municípios, o que pode ter comprometido os resultados da saúde.

Diante do exposto, os resultados sugerem aos formuladores de políticas e gestores públicos a necessidade de conjugar políticas públicas intersetoriais no sentido de amenizar ou melhorar os determinantes sociais.

Além do mais, os achados desse estudo, em relação à redução na taxa de mortalidade infantil, contribuíram com a literatura que aponta que as emendas parlamentares têm propensão de reduzir as desigualdades sociais e de saúde. E a diferença significativa na taxa de mortalidade infantil indica que as EPIS podem estar cumprindo seu papel de oportunidade de correção de assimetrias e iniquidades presentes nas vias orçamentárias primárias e nas demais formas de transferências intergovernamentais, sendo, portanto, efetivas alocativamente.

Como limitação do estudo, cabe ponderar sobre o uso de dados secundários, que podem ter limitações quanto a qualidade dos registros; e o lastro temporal, que foi a análise de apenas um ano, não sendo possível acompanhar os efeitos das EPIS nos indicadores de saúde ao longo do tempo.

Desta forma, convida-se a comunidade acadêmica a contribuir nesse debate, a fim de observar o papel das EP na redução das desigualdades sociais. Sendo necessário, para trabalhos futuros, analisar os efeitos das emendas parlamentares nos indicadores sociais de resultados, no contexto dos municípios brasileiros, com acompanhamento da série temporal, ano a ano, a fim de aprofundar o entendimento sobre a efetividade das emendas parlamentares.

Portanto, há a necessidade de realizar o monitoramento e a análise de impacto das EP em um lastro temporal maior, bem como inserir novas variáveis de controle que podem impactar os indicadores sociais, assim como impulsionar os parlamentares a indicar as emendas de sua autoria.

7 APÊNDICE

Quadro: 1 – Descrição das variáveis

Variáveis	Definição	Fonte
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil (r)	Número de sobreviventes de óbitos evitáveis de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES; IBGE; SIB/ANS/MS
TxESF (r)	Capacidade de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família.	Elaborado a partir de CNES e IBGE
ICSAB (r)	Percentual de Internações por condições sensíveis a Atenção Básica à Saúde em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir de Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
PNV_BP – Proporção de Nascidos vivos com peso Adequado (r)	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer superior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Txp_natal – Taxa de Cobertura de consulta pré-natal (r)	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir do Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Cob_vac – Cobertura vacinal (r)	Percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir do Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI : Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.
Txmed_AB – Taxa de Médicos na Atenção Básica (c)	Indica a quantidade de médicos (da Estratégia de Saúde da Família, de Família e Comunidade, Pediatra e Clínico) que atuam diretamente no SUS em relação a população com maior prioridade de cobertura de atenção básica	Elaborado a partir CNES e IBGE
T_ES - Taxa de estabelecimentos de saúde (c)	Percentual de estabelecimentos de saúde contidos no CNES por tipo, nível de atenção, serviço/classificação, tipo de habilitação e tipos de atendimentos prestados por 1000 hab.	Elaborado a partir de Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES e IBGE
PBF – Proporção de pessoas não Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) (c)	Indica a proporção de pessoas não contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF) em relação a população no mesmo local e período.	Elaborado a partir de Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e IBGE
TDIS – Taxa de Adequação Idade Série - (c)	Expressa o percentual de alunos, em cada série, com idade superior à idade recomendada (Ensino	INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
Tx_agua – Taxa da população coberta com abastecimento de água - (c)	Indica a proporção da população coberta com abastecimento de água em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Elaborado a partir de Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e IBGE