

EMENDAS PARLAMENTARES OBRIGATÓRIAS NA SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO, CAPACIDADE ADMINISTRATIVA E RESULTADOS NO SUS

Luna Viana 

Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGISP), Brasília/DF, Brasil
lunaviana@gmail.com

Este artigo analisa a alocação dos recursos das emendas parlamentares obrigatórias no orçamento federal da saúde no Brasil entre 2015 e 2023. Duas questões orientam o estudo: Como estão sendo alocados os recursos das emendas obrigatórias na saúde e qual é a sua influência sobre a autonomia subnacional? A maior autonomia local associada a esses recursos gera resultados positivos em saúde quando considerada a capacidade administrativa? Por meio de uma base de dados inédita, construída a partir de fontes públicas e de solicitações via Lei de Acesso à Informação, realiza-se uma análise descritiva dos dados e um estudo de caso com quatro municípios do Nordeste brasileiro. Os resultados indicam que a efetividade na aplicação dos recursos está condicionada à capacidade administrativa prévia. Municípios com baixa capacidade administrativa tendem a apresentar menor efetividade, mesmo recebendo altos volumes de recursos. O artigo contribui para o debate sobre o financiamento do SUS ao evidenciar os limites e as potencialidades do modelo de emendas obrigatórias e ao destacar a necessidade de maior integração entre critérios técnicos e decisões políticas na alocação de recursos públicos.

Palavras-chave: emendas parlamentares; saúde; orçamento impositivo.

ENMIENDAS LEGISLATIVAS OBLIGATORIAS EN SALUD: DESCENTRALIZACIÓN, CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y RESULTADOS EN EL SUS

Este artículo analiza la asignación de los recursos provenientes de las enmiendas parlamentarias obligatorias en el presupuesto federal de salud en Brasil entre 2015 y 2023. Dos preguntas orientan el estudio: ¿Cómo se están asignando estos recursos y cuál es su influencia sobre la autonomía subnacional? ¿La mayor autonomía local asociada a dichos recursos se traduce en mejores resultados en salud cuando se considera la capacidad administrativa? A partir de una base de datos inédita, construida con fuentes públicas y solicitudes realizadas mediante la Ley de Acceso a la Información, el estudio combina un análisis descriptivo de los datos con un estudio de caso en cuatro municipios del Nordeste brasileño. Los resultados indican que la efectividad en la aplicación de los recursos está condicionada por la capacidad administrativa previa. Los municipios con menor capacidad administrativa tienden a presentar resultados inferiores, incluso cuando reciben volúmenes elevados de recursos. El artículo contribuye al debate sobre la financiación del SUS al evidenciar los límites y las potencialidades del modelo de enmiendas obligatorias y al destacar la necesidad de una mayor integración entre criterios técnicos y decisiones políticas en la asignación de recursos públicos.

Palabras claves: enmiendas legislativas; salud; presupuesto obligatorio.

MANDATORY LEGISLATIVE AMENDMENTS IN HEALTH: DECENTRALIZATION, ADMINISTRATIVE CAPACITY, AND OUTCOMES IN THE SUS

This article analyzes the allocation of mandatory congressional amendment funds within Brazil's federal health budget between 2015 and 2023. Two main questions guide the study: How are these resources being allocated, and how do they influence subnational autonomy? Does greater local autonomy associated with these funds lead to improved health outcomes when administrative capacity is considered? Drawing on an original dataset constructed from public sources and Access to Information Law requests, the study combines descriptive analysis with a case study of four municipalities in Northeast Brazil. The findings indicate that the effectiveness of resource utilization is conditioned by prior administrative capacity. Municipalities with weaker administrative structures tend to exhibit lower effectiveness, even when they receive substantial funding. The article contributes to the debate on SUS financing by highlighting both the limits and the potential of the mandatory amendment model and by underscoring the need for stronger integration between technical allocation criteria and political decision-making in the distribution of public resources.

Keywords: legislative budget amendments; health; mandatory budget execution.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com base em uma lógica descentralizada e hierárquica na organização dos serviços (Ugá *et al.*, 2003). Entretanto, o modelo federativo brasileiro concentrou, no nível central, a maior parte dos recursos, mesmo com a delegação de responsabilidades de implementação, sobretudo nas políticas sociais, aos estados e municípios (Arretche, 2004). No caso da saúde, apesar do aumento significativo da participação subnacional no financiamento (Cruz, 2022) e na definição da prestação de serviços (Pinafo, 2016), o governo federal mantém uma cultura e prática de controle do financiamento como principal mecanismo de coordenação do SUS (Ugá *et al.*, 2003).

Esse arranjo foi profundamente impactado pela introdução das emendas parlamentares obrigatórias. Entre 2015 e 2023, tais emendas representaram, em média, 30% do orçamento federal (elaboração própria a partir do Siop, 2024). A obrigatoriedade constitucional de destinar 50% das emendas individuais à saúde fez com que o setor fosse o principal destinatário desses recursos: dos R\$ 165 bilhões pagos no período, 56% foram destinados a ações e serviços de saúde (Siop, 2024; Sigabeneficiários, 2024). Em 2015, as emendas correspondiam a menos de 1% do orçamento da saúde; em 2023, passaram a representar 60% das despesas (excluindo pessoal).

Este artigo busca compreender como as emendas obrigatórias reconfiguraram o controle do financiamento no SUS pelo governo federal. Busca-se responder às seguintes perguntas de pesquisa: Como estão sendo alocados os recursos das emendas obrigatórias na saúde e qual é a sua influência sobre a autonomia subnacional? A maior autonomia local associada a esses recursos gera resultados positivos em saúde quando considerada a capacidade administrativa?

Partimos da premissa de que a centralização é expressão de um federalismo assimétrico e incompleto (Arretche, 2004). No caso do SUS, essa centralização manifesta-se sobretudo na gestão federal das transferências intergovernamentais. Essas são tradicionalmente operacionalizadas por meio de convênios ou da apresentação de propostas de projetos, instrumentos centrais de manutenção do controle. Investigamos, assim, os impactos das emendas obrigatórias sobre o orçamento do Ministério da Saúde e sobre os modelos de transferência intergovernamentais, examinando se sua adoção ampliou a autonomia subnacional no SUS.

Além disso, realizamos uma análise preliminar para verificar se a relação entre o recebimento de recursos e os resultados em saúde está condicionada pela capacidade administrativa municipal. Isso porque recursos inesperados, quando não acompanhados de capacidade administrativa, podem gerar ineficiências e corrupção (Brollo *et al.*, 2013).

Para tanto, realizamos pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, incluindo análise descritiva de dados agregados de bases oficiais (InvestSus, SigaBrasil, Siop, Siconv e do Ministério da Saúde, via Lei de Acesso à Informação) e estudo de caso do tipo “building blocks”, com quatro municípios selecionados por sua variância de capacidade administrativa.

O artigo organiza-se em três partes: (i) revisão da literatura; (ii) metodologia e resultados; e (iii) discussão, que relaciona os achados aos desafios de descentralização e de governança do SUS no contexto das emendas obrigatórias.

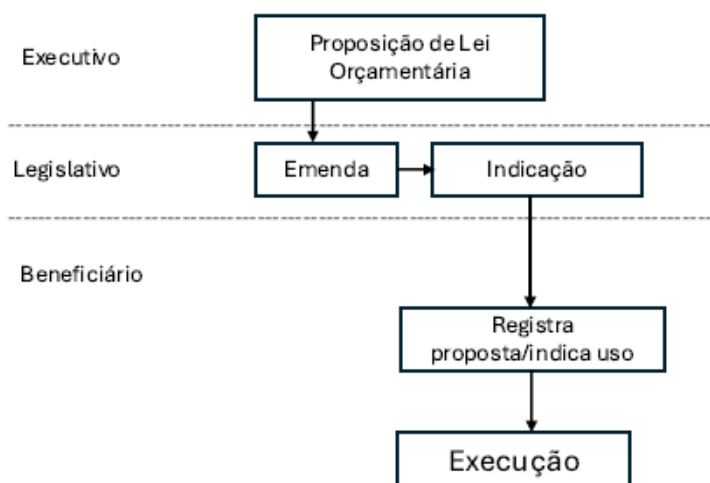
2. AS EMENDAS OBRIGATÓRIAS NA SAÚDE

As emendas parlamentares são alterações introduzidas pelo Legislativo à proposta de lei orçamentária encaminhada pelo Executivo, podendo ser qualitativas ou quantitativas (MTO, 2024). Este estudo foca em emendas quantitativas, que são alterações que aumentam ou reduzem os valores alocados às ações orçamentárias. Em geral, o Congresso não modifica a estrutura dos programas definida pelo Executivo, mas ajusta as dotações dessas ações (MTO, 2024).

As emendas podem ser apresentadas individualmente por parlamentares, por comissões ou por bancadas estaduais. Nos últimos anos, destacaram-se também as emendas de relatoria, originalmente destinadas a ajustes técnicos, mas que já promoviam alterações quantitativas antes da institucionalização do orçamento impositivo (MTO, 2024).

A partir de 2014, alterações normativas, legais e constitucionais estabeleceram as emendas obrigatórias, regulamentando a execução orçamentária e financeira de parcelas fixas do orçamento. Entre 2015 e meados de 2024, foram pagos mais de R\$ 167 bilhões em emendas parlamentares, o que equivale a uma média anual de R\$ 17,57 bilhões. Para efeito de comparação, um ano e meio desses recursos bastaria para financiar toda a carteira de obras de segurança hídrica do Novo PAC (Brasil, 2024). Após sua inclusão no orçamento pelo Congresso, as emendas seguem um fluxo específico de execução (Figura 1), com particularidades nas transferências especiais, que não se vinculam ao orçamento da saúde nem exigem registro prévio de proposta.

Figura 1 – Fluxo simplificado de execução das emendas parlamentares



Fonte: elaboração própria.

Nota: em relação às transferências especiais, além de não se vincularem ao orçamento da saúde, elas prescindem

de registro de proposta ou indicação de uso.

A literatura sobre emendas parlamentares tem se concentrado em temas como relações Executivo–Legislativo (Menezes *et al.*, 2021; Mueller; Pereira, 2003; Raile; Pereira; Power, 2011), conexão partidária (Barone, 2014), efeitos eleitorais (Firpo *et al.*, 2015) e perfil parlamentar (Silva; Avelino; Rodrigues, 2022; Sabará, 2020; Graton; Bonacim; Sakurai, 2020). Estudos setoriais abordam o fenômeno em nível ministerial (Marra, 2023; Silva, 2023; Castro; Fonseca, 2023; Carnut *et al.*, 2021) e o fundamento político das decisões orçamentárias (Faria, 2023; Santos; Gasparini, 2020), além de evidenciar os efeitos sobre a corrupção (Sodré; Alves, 2010).

No campo da saúde, contudo, ainda são escassos os estudos específicos sobre as emendas obrigatórias, apesar de 50% das emendas individuais serem constitucionalmente destinadas à área e de haver preferência parlamentar por esse setor (Leal *et al.*, 2025). A revisão integrativa de Carnut *et al.* (2021) mapeou trabalhos anteriores à obrigatoriedade ou realizados em âmbito estadual. Entre os estudos mais recentes, destacam-se as análises de impactos eleitorais (Leal *et al.*, 2025b) e de convergência entre recursos e necessidades locais (Vieira; Lima, 2022; Baião *et al.*, 2019), com foco frequentemente na atenção básica (Ulinsky *et al.*, 2024). Esses resultados apontam uma associação positiva entre emendas obrigatórias e a reeleição local, além de desafios à distribuição equitativa dos recursos.

Silva (2024), em tese de doutorado, analisou amplamente as emendas obrigatórias na saúde, concluindo que, em um cenário de disputa por recursos, elas tendem a restringir o orçamento de programação, pulverizando valores entre municípios de pequeno porte e desvinculados de ações estruturantes. O autor argumenta que critérios eleitorais prevalecem sobre as diretrizes da política de saúde e que o princípio da universalidade cede lugar a uma lógica distributivista.

Este artigo busca avançar nesse debate ao analisar como as emendas obrigatórias têm alterado o financiamento do SUS, especialmente quanto ao volume e aos modelos de transferência intergovernamental, e discutir suas implicações para a descentralização. Também se investiga como a relação entre maior autonomia subnacional e resultados em saúde é condicionada pela capacidade administrativa local. Orientam este estudo as seguintes questões: Como estão sendo alocados os recursos das emendas obrigatórias na saúde e qual é a sua influência sobre a autonomia subnacional? A maior autonomia local associada a esses recursos gera resultados positivos em saúde quando considerada a capacidade administrativa?

3. METODOLOGIA

O presente estudo adota uma abordagem descritivo-exploratória, com ênfase na integração de múltiplas fontes de dados. A escolha dessa abordagem justifica-se pela complexidade e pela

fragmentação das informações disponíveis sobre as emendas parlamentares e o financiamento da saúde, o que impõe desafios significativos para análises consistentes e comparáveis no tempo e no espaço.

Para a organização das fontes de dados, foram consultados diferentes sistemas e painéis de informação do governo federal relacionados às emendas parlamentares: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), Sistema de Gestão de Emendas Parlamentares (Siga), Tesouro Transparente e Portal da Transparência. Tais sistemas disponibilizam informações predominantemente de natureza orçamentária e financeira, sem, entretanto, detalhar o objeto de aplicação dos recursos. Estudos prévios já identificaram inconsistências e incompatibilidades entre esses sistemas (Vieira, 2022), o que reforça a necessidade de triangulação de fontes.

A aproximação mais direta entre a execução das emendas parlamentares e sua aplicação local ocorre nos sistemas de operacionalização de instrumentos de transferência, tais como: (i) contratos de repasse (base da Caixa Econômica Federal); (ii) convênios (Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse – Siconv); (iii) termos de execução descentralizada (sem sistema de acesso externo); e (iv) sistemas ministeriais específicos para acompanhamento de propostas de obras e serviços, como o Sisprofns, o Sismob e o Sismec.

Não há, entretanto, sistema integrado que permita acompanhar, de forma consolidada, os recursos destinados ao incremento do custeio da atenção básica e especializada, tampouco as transferências especiais, que podem beneficiar a saúde, mas são repassadas diretamente às contas dos estados e municípios. Para suprir tais lacunas, solicitou-se ao Ministério da Saúde, por meio da Lei de Acesso à Informação, dados mais detalhados sobre as transferências vinculadas às emendas parlamentares.

As bases de dados foram integradas e processadas no ambiente do Jupyter Notebook/Python, incluindo procedimentos de padronização de variáveis, correção de inconsistências e normalização de valores monetários. A análise considerou tanto o volume financeiro quanto a modalidade de transferência e a destinação dos recursos.

Por sua vez, a etapa qualitativa foi estruturada segundo a lógica do estudo de caso do tipo *building block* ou contribuição heurística, conforme proposto por George e Bennett (2005). Os casos foram selecionados com base em elevado nível de variância nos volumes de recursos recebidos, a fim de capturar diferentes padrões de relação entre o financiamento e a capacidade administrativa.

A área geográfica de foco foi a Região Nordeste, por ser a maior receptora de recursos para incremento da atenção básica, segmento que apresenta maior clareza quanto à responsabilidade assistencial municipal. A classificação em alto e baixo refere-se à posição relativa na matriz de distância padronizada e trouxe quatro perfis analíticos:

1. Alto volume de recursos de programação e alto volume de emendas (capacidade administrativa elevada e alta previsibilidade orçamentária);
2. Baixo volume de programação e alto volume de emendas (maior dependência de recursos impositivos);
3. Alto volume de programação e baixo volume de emendas;
4. Baixo volume de programação e baixo volume de emendas.

A identificação dos municípios foi realizada por meio do cálculo da distância euclidiana com base nos valores pagos (normalizados) de recursos de programação e de emendas para a atenção básica, limitando-se aos municípios com menos de 20 mil habitantes. As variáveis analisadas buscaram abarcar o conceito de capacidade administrativa no seu aspecto gerencial e controlar por fatores sociais e econômicos, de participação social e transparência, conforme a descrição a seguir:

- “Recursos inesperados” – proporção de emendas parlamentares em relação ao orçamento histórico do município;
- “Capacidade administrativa” – indicadores de gestão e histórico de execução de recursos;
- “Transparência” – nível e qualidade das informações sobre uso de recursos;
- “Efetividade” – relação entre recursos recebidos e entregas efetivas de serviços e bens;
- “Contexto socioeconômico” – perfil populacional e indicadores municipais de desenvolvimento.

4. AS EMENDAS OBRIGATÓRIAS NA SAÚDE E A INSERÇÃO DE UM “NOVO ATOR” NO PROCESSO DE FINANCIAMENTO DESCENTRALIZADO DO SUS

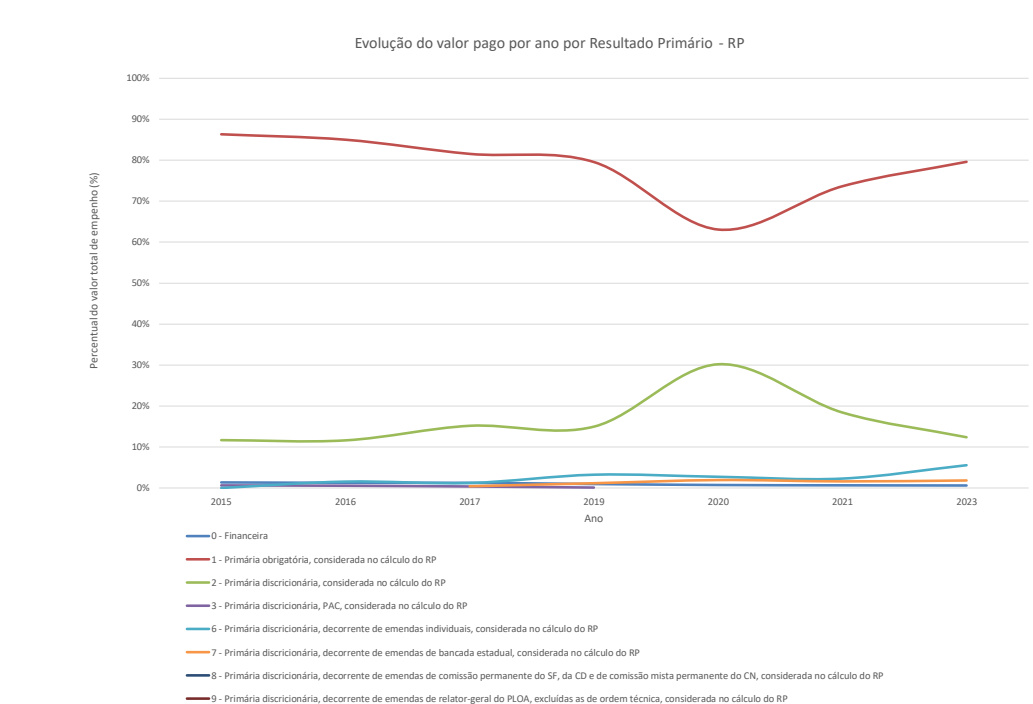
A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) transformou o perfil de execução do Ministério da Saúde, substituindo a gestão centralizada de recursos por um modelo baseado em transferências aos estados e municípios, com vistas à execução de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. A manutenção da gestão nacional dos recursos justifica-se pela capacidade de alocação conforme as necessidades regionais, promovendo os princípios de acesso universal e distribuição equitativa, além da coordenação de políticas nacionais, da integração de diretrizes e do incentivo à regionalização, de modo a ampliar a eficiência no uso dos recursos (Lima, 2013).

As emendas parlamentares obrigatórias introduzem um novo elemento nesse arranjo: vinculam uma parcela expressiva do financiamento à decisão alocativa direta dos parlamentares, inserindo um “novo ator” no processo decisório do financiamento do SUS. Esse movimento

complexifica um sistema que, nos últimos anos, buscava integrar as diversas instâncias de planejamento e gestão em prol de maior eficiência e efetividade.

A magnitude dessa participação é evidenciada pelos dados recentes: em 2023, as emendas classificadas como RP6, RP7, RP8 e RP9 corresponderam a 7% dos pagamentos totais do Ministério da Saúde, enquanto as demais despesas discricionárias (RP2) representaram 12% (Figura 2).

Figura 2 – Evolução da participação das emendas nos pagamentos do Ministério da Saúde



Fonte: elaboração própria com base em Siop (Ministério da Fazenda, 2024). Filtro: Órgão 36000

A introdução do parlamentar como ator decisório não alterou o caráter descentralizado da execução orçamentária. Entre 2015 e 2023, 62% das emendas (R\$ 57 bilhões) foram destinadas a unidades de saúde sob gestão municipal. Em seguida, destacam-se as unidades mantidas por organizações do terceiro setor, que receberam R\$ 10,5 bilhões (10% do total) por meio de transferências aos fundos municipais e estaduais — recursos que, após ingressarem nos fundos, são redirecionados, conforme os mecanismos de cada ente, para financiar ações de assistência à saúde. Essas organizações também captaram R\$ 1,5 bilhão diretamente, por meio de convênios firmados com o Ministério da Saúde. No mesmo período, os estados receberam R\$ 8 bilhões, e os órgãos e universidades federais, R\$ 694 milhões.

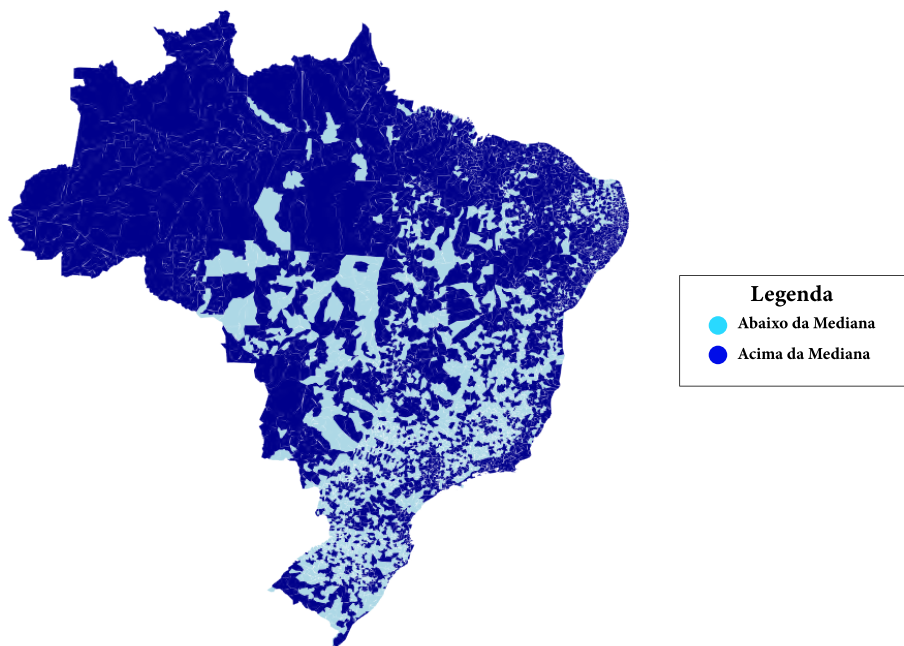
A distribuição regional desses recursos reflete a pulverização própria da representatividade política (Lima, 2013). Em termos absolutos, as regiões Nordeste e Sudeste lideram, com médias de 36% e 27% do total, respectivamente, seguidas por Norte e Sul (13% cada) e Centro-Oeste (10%).

Esse padrão também se traduz em fragmentação orçamentária: a mediana do valor total pago por município entre 2015 e 2023 foi de R\$ 6 milhões, o que equivale a cerca de R\$ 1,4 milhão por ano.

A Figura 3 ilustra a distribuição dos municípios que receberam recursos *per capita* acima da mediana no período. Observa-se concentração na Região Norte, seguida pela Região Nordeste.

Figura 3 – Municípios que receberam emendas acima da mediana dos valores pagos no período do estudo 2015-2023

Emendas pagas per capita por município (2015-2023)



Fonte: elaboração própria a partir de Lei de Acesso à Informação (Ministério da Saúde, 2024b)

Em síntese, as emendas obrigatórias mantiveram o perfil descentralizado da execução do financiamento federal do SUS, com predominância de transferências para a gestão municipal. Contudo, as emendas reforçaram o alto nível de fragmentação dos recursos, reflexo da ação individualizada dos parlamentares, que atuam como novos atores com poder de decisão direta sobre o financiamento do SUS.

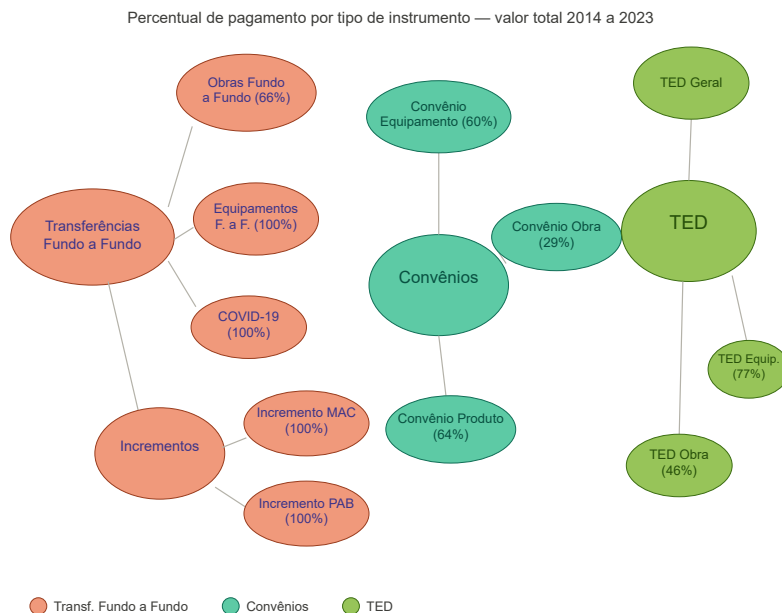
Além disso, as emendas parlamentares obrigatórias promoveram maior flexibilidade gerencial quanto aos recursos transferidos. No âmbito das mudanças institucionais que definiram as emendas obrigatórias, foram estabelecidos novos modelos de transferência. Os novos instrumentos de transferência, como os recursos de custeio e as transferências especiais, ampliaram o nível de autonomia gerencial no âmbito local e ensejaram novos desafios no equilíbrio entre execução e controle. Importa observar que, no caso dos recursos de programação, apesar do elevado grau de descentralização, o governo federal preserva o controle sobre a liberação, por meio da gestão

das propostas de projetos. No entanto, esse modelo tem sido questionado por sua ineficiência, como apresentaremos a seguir.

5. AS EMENDAS OBRIGATÓRIAS NA SAÚDE E A REDUÇÃO DO CONTROLE DO GOVERNO FEDERAL

Antes do advento das emendas obrigatórias, os recursos alocados pelos parlamentares destinavam-se predominantemente ao bloco de investimentos, financiando a estruturação de unidades de atenção especializada e de atenção básica, bem como a aquisição de materiais e insumos por meio de convênios. Os recursos de investimento eram executados, em grande parte, por meio de obras sob contratos de repasse. A Figura 4 apresenta o baixo nível de execução física e financeira dos contratos de repasse, que, no período do estudo, registravam menos de 30% dos valores empenhados efetivamente pagos. Outros instrumentos de natureza convencional, como os Termos de Execução Descentralizada, também apresentam desempenho insatisfatório. A ineficiência e a lentidão na liberação de recursos eram apontadas como fontes recorrentes de conflito entre estados, municípios e parlamentares, especialmente estes últimos, interessados na rápida execução de suas emendas (Palotti *et al.*, 2022; Bijos, 2018).

Figura 4 – Distribuição por tipo de instrumento dos valores pagos com percentual total de pagamento (pago/empenhado) – anos 2014 a 2023 – recursos totais



Fonte: elaboração própria com base em InvestSus (2024).

Nota: O valor de TED geral foi suprimido por inconsistência do dado disponível.

A execução fundo a fundo para obras foi inicialmente adotada no financiamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). Embora apresente execução financeira superior à dos contratos de repasse, o nível de conclusão e de entrada em operação dessas obras também permanece baixo. A Tabela 2 evidencia que quase 30% das obras fundo a fundo, tanto de programas quanto de emendas, foram canceladas, totalizando mais de R\$ 770 milhões, e menos de 30% encontram-se em funcionamento. No caso dos contratos de repasse, 25% das obras foram extintas ou concluídas sem finalização, e apenas 19% foram efetivamente concluídas, sem informação sobre funcionamento.

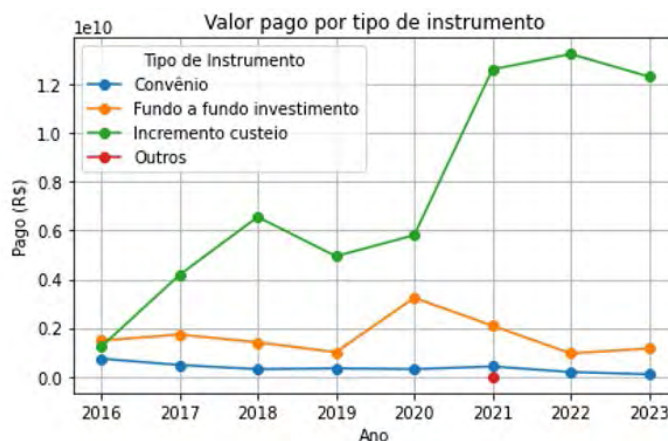
Tabela 2 – Comparação resultados obras fundo a fundo financiadas com recursos de emendas e de programas – média conforme o ano da portaria de habilitação - 2015 a 2022

	Emenda	Programa
Ação preparatória	11%	14%
Cancelamento	29%	27%
Paralisada	21%	23%
Em execução	20%	26%
Concluída	14%	8%
Funcionando	26%	24%

Fonte: elaboração própria com base em InvestSus (2024).

Por sua vez, a escassez de recursos para o custeio das unidades, aliada ao novo marco institucional das emendas obrigatórias, que estabelece um calendário para a execução, fundamentou a regulamentação da modalidade de incremento temporário de custeio. Essa modalidade, operacionalizada por meio de transferências fundo a fundo, tornou-se preferencial para a execução das emendas, dada a facilidade de implementação e a destinação direta ao reforço do custeio da atenção básica e especializada (Figura 5).

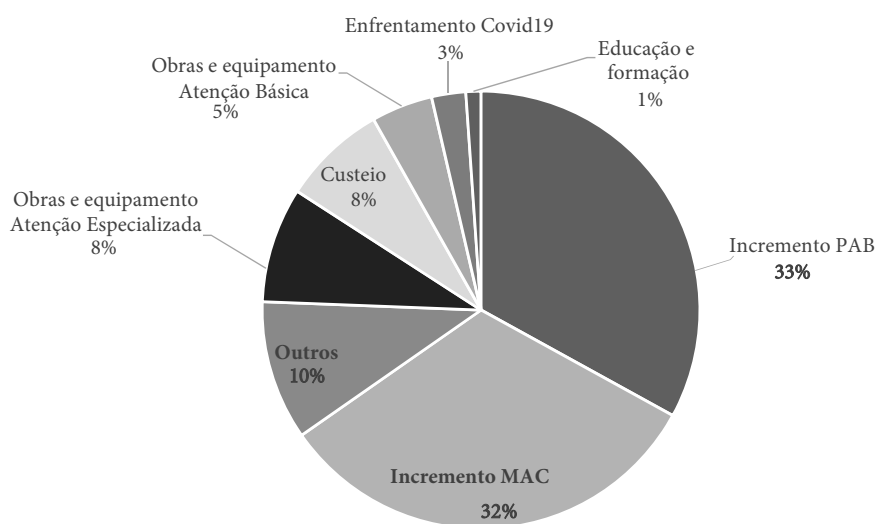
Figura 5 – Valor de emenda pago por tipo de instrumento



Fonte: elaboração própria a partir de InvestSus (2024).

Entre 2015 e abril de 2024, 65% dos recursos das emendas à saúde concentraram-se em apenas duas ações orçamentárias: 2E89 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas; e 2E90 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas. Criado em 2014, como resposta ao início da obrigatoriedade de execução das emendas (prevista na Lei de Diretrizes Orçamentárias daquele ano), o incremento de custeio respondeu, desde então, por mais de 65% das despesas com emendas do Ministério da Saúde (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição dos valores de emendas pagos de 2015 a abr./2024 – R\$ 92 bilhões



Fonte: elaboração própria com base em SigaBeneficiários (Câmara dos Deputados, 2024).

Assim, as emendas obrigatórias ampliaram o processo de descentralização, permitindo maior autonomia gerencial aos entes subnacionais, em especial aos municípios. A nova governança orçamentária consolida um “novo ator”, ou seja, a decisão alocativa individual do parlamentar. O aumento da participação dos parlamentares na decisão sobre o orçamento pode ser atribuído ao descontentamento destes com as longas negociações para a liberação de recursos às suas bases (Faria, 2023) e ao desgaste do presidencialismo de coalizão (Rodrigues, 2019; Pederiva; Pederiva, 2015). A mudança também converge com a demanda por uma efetiva desconcentração de recursos, e não apenas pela descentralização de responsabilidades, conforme o modelo de federalismo que favorece a assimetria entre os entes federados descrito por Arretche (2004).

6. AS EMENDAS OBRIGATÓRIAS E A AUTONOMIA GERENCIAL EM NÍVEL LOCAL

As emendas parlamentares obrigatórias introduziram mudanças estruturais na execução orçamentária da saúde no Brasil, ao reduzir o controle centralizado do governo federal e ao fortalecer mecanismos de descentralização, em especial as transferências fundo a fundo. Esta seção analisa os novos modelos de transferência intergovernamental implementados no âmbito das emendas: o incremento temporário de custeio da atenção básica e da média e da alta complexidade. Os novos modelos superaram o formato tradicional convencional e ampliaram a autonomia gerencial dos estados e municípios na gestão de recursos.

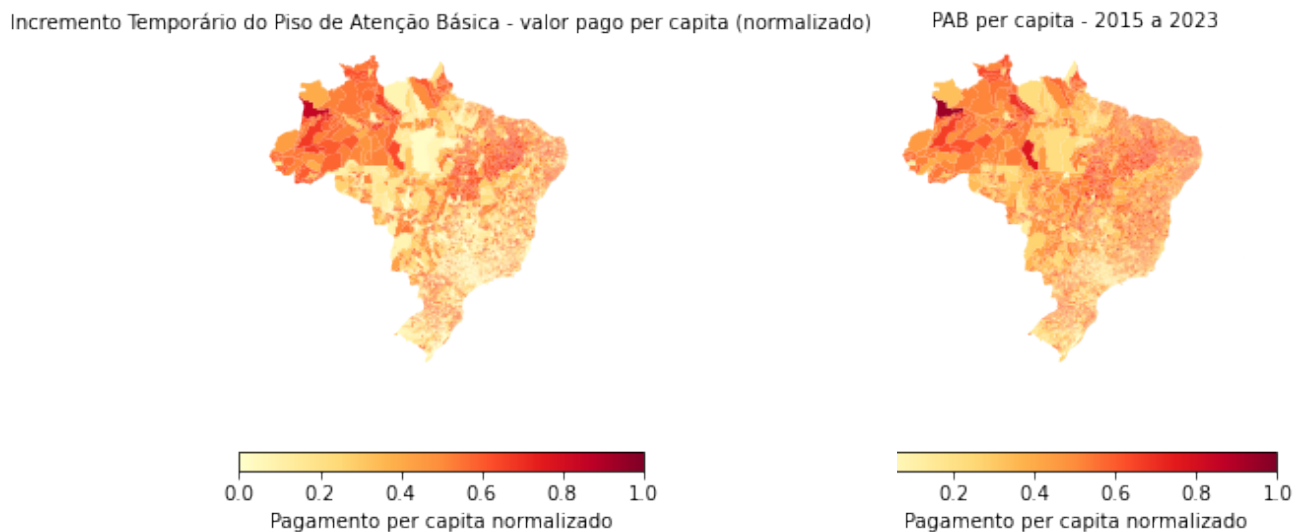
A adoção dos incrementos de custeio está alinhada à pressão por uma descentralização efetiva do financiamento do SUS, com maior autonomia local na definição da aplicação dos recursos. As transformações introduzidas pelas emendas obrigatórias resultam do tensionamento entre, de um lado, a condução centralizada da política nacional de saúde e, de outro, as demandas subnacionais por mecanismos de financiamento compatíveis com a descentralização de responsabilidades.

Os incrementos de custeio foram criados em 2014, ano inicial da obrigatoriedade de execução das emendas, instituída pela Lei de Diretrizes Orçamentárias. Desde então, o Ministério da Saúde publica portarias e cartilhas anuais que regulamentam a execução das emendas, estabelecendo limites por município ou por unidade de atenção especializada, bem como parâmetros para os recursos de incremento da atenção básica e especializada. No caso de média e alta complexidade (MAC), a base para a definição dos valores é a produção declarada pelos gestores locais, o que tem gerado questionamentos e auditorias diante de situações consideradas atípicas.

Análise sobre o Incremento Temporário da Atenção Básica

A Figura 7 compara a distribuição territorial dos recursos de incremento da atenção básica oriundos de emendas e do Piso da Atenção Básica (PAB) de programação. Observa-se que o PAB *per capita* apresenta distribuição mais homogênea no território nacional, enquanto os recursos de incremento concentram-se em estados das regiões Norte e Nordeste. A correlação entre os dois fluxos é baixa (0,42), indicando que o volume de recursos de programação não está fortemente associado ao recebimento de emendas. Esse achado complementa Vieira e Lima (2023), que identificaram o desafio dos recursos de emenda para a manutenção da distribuição equitativa da atenção básica.

Figura 7 – Distribuição no território nacional dos recursos de emenda para o incremento temporário da atenção básica e do PAB de programação – período 2015 a 2023



Fonte: elaboração própria a partir de Lei de Acesso à Informação (Ministério da Saúde, 2024b).

Tabela 3 – Distribuição dos recursos de incremento da atenção básica nas regiões administrativas – período 2015 a 2023

Região	Total
Centro-Oeste	1.889.777.723
Nordeste	17.194.663.368
Norte	4.289.010.344
Sudeste	7.058.328.500
Sul	4.749.912.860
Total	35.181.692.794

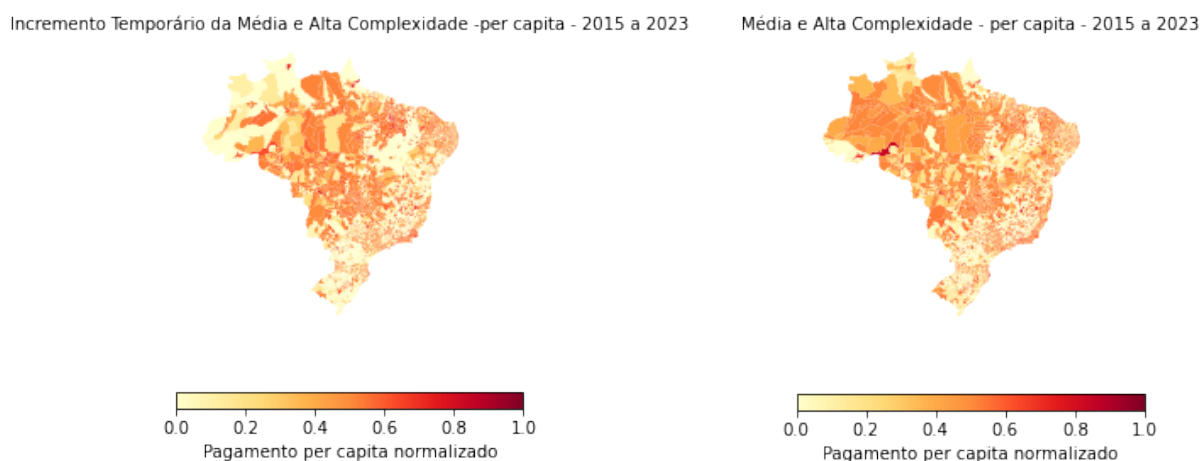
Fonte: elaboração própria a partir de Lei de Acesso à Informação (Ministério da Saúde, 2024b).

Análise do Incremento Temporário da Média e Alta Complexidade

Em relação ao incremento temporário da média e alta complexidade, encontrou-se uma associação significativa de 0,91 entre os municípios que recebem os recursos de incremento temporário para custeio da média e alta complexidade e o recebimento dos recursos de programação. Esse alto nível de associação pode indicar o desafio das emendas parlamentares para promover a expansão dos serviços de MAC em municípios considerados vazios assistenciais.

A região mais beneficiada com recursos de incremento MAC é o Sudeste, seguida pelo Nordeste.

Figura 8 – Distribuição no território nacional dos recursos de emenda para o incremento temporário da média e alta complexidade e do MAC de programação – período 2015 a 2023



Fonte: elaboração própria a partir de Lei de Acesso à Informação (Ministério da Saúde, 2024b).

Tabela 4 – Distribuição dos recursos de incremento da atenção básica nas regiões administrativas – período 2015 a 2023

Região	Total
Centro-Oeste	2.584.076.118
Nordeste	7.749.430.076
Norte	2.695.973.854
Sudeste	10.239.486.449
Sul	2.803.004.368
Total	26.071.970.866

Fonte: elaboração própria a partir de Lei de Acesso à Informação (Ministério da Saúde, 2024b).

Ressalta-se que, entre 2015 e 2023, 14% dos valores pagos com recursos de incremento MAC foram destinados a organizações do terceiro setor. Esses recursos concentraram-se principalmente em municípios de médio porte com relevância regional, dos quais 76% beneficiaram cidades classificadas como centros regionais e sub-regionais na hierarquia urbana do IBGE. Ao todo, 1.368 municípios receberam repasses, abrangendo 2.039 organizações, com média de R\$ 488 mil por entidade. Contudo, apenas 525 organizações foram contempladas ao longo de mais de quatro anos do período analisado, o que revela concentração, intermitência e baixos valores de financiamento para grande parte delas.

As emendas parlamentares obrigatórias reforçaram a diretriz de descentralização do SUS, introduzindo, entretanto, um novo ator no processo decisório sobre a alocação de recursos: o Poder Legislativo. A participação parlamentar contribuiu para a fragmentação orçamentária, mas também impulsionou o desenvolvimento de modelos de transferência que ampliaram a autonomia gerencial em nível local. Essa autonomia atendeu às demandas dos entes subnacionais por mecanismos de repasse mais ágeis, compatíveis com o volume de recursos, o calendário de execução obrigatória e, sobretudo, com a necessidade de custeio para a manutenção de unidades de saúde e a aquisição de insumos. Nesse contexto, coloca-se a questão central deste estudo: em que medida a capacidade administrativa condiciona o alcance de resultados em saúde diante da chegada de “recursos inesperados”.

7. A INFLUÊNCIA DA CAPACIDADE ADMINISTRATIVA SOBRE O ALCANCE DE RESULTADOS COM OS RECURSOS DE EMENDAS OBRIGATÓRIAS – ACHADOS INICIAIS

O volume expressivo de recursos alocados à saúde por meio das emendas parlamentares obrigatórias mantém a característica localista dessas alocações, voltadas ao financiamento de projetos específicos nos municípios, com vistas a retornos eleitorais, por meio da conexão direta entre o congressista e os atores locais (Pereira; Rennó, 2003; Carey; Shugart, 1995; Ames, 1995). Esse localismo converge com a pressão pré-existente, no âmbito do SUS, por maior descentralização do financiamento, compatível com o papel ampliado do nível municipal na prestação de serviços (Ugá *et al.*, 2003). Nesse contexto, a criação dos incrementos de custeio da média e alta complexidade (MAC) introduziu modelos de financiamento que superaram o formato convencional, aproximando-se das expectativas de maior flexibilidade no repasse de recursos federais.

Apesar dessa flexibilidade, as emendas seguem vinculadas a decisões parlamentares, sujeitas a expectativas políticas que nem sempre coincidem com as prioridades e orientações locais. Assim, a eficiência no uso dos recursos pode depender de condições institucionais prévias, em especial da capacidade administrativa municipal de planejar, executar e monitorar políticas públicas.

A literatura sobre *windfall resources* (Brollo *et al.*, 2013) sugere que influxos de recursos inesperados, frequentemente oriundos de royalties e outras fontes extraordinárias, quando associados a baixa capacidade de gestão, tendem a produzir efeitos limitados ou negativos, como ineficiência, baixa transparência e, em alguns casos, maior vulnerabilidade à corrupção. Considerando o caráter de “recursos inesperados” das emendas, este estudo parte da hipótese de que a combinação entre elevada capacidade administrativa e flexibilidade gerencial aumenta a probabilidade de resultados positivos em saúde, conciliando expectativas políticas e demandas assistenciais.

Para testar essa hipótese, adotou-se a capacidade administrativa prévia como variável explicativa, medida pelo volume de recursos de programação recebidos entre 2015 e 2023. Neste estudo, a capacidade administrativa é entendida como a habilidade do município de mobilizar recursos organizacionais, gerenciais e técnicos para transformar insumos em resultados, conforme definido por Gomide e Pires (2014). Essa concepção amplia a noção estritamente orçamentária, incorporando dimensões de coordenação intergovernamental, planejamento e capacidade de implementação, fundamentais para que a flexibilidade na gestão dos recursos das emendas se traduza em melhorias nos serviços de saúde. Alguns dos fatores relacionados à capacidade administrativa, não diretamente vinculados à capacidade gerencial, foram incluídos como variáveis de controle.

Os indicadores de efetividade (variação da taxa de mortalidade infantil e ampliação da rede de estabelecimentos de saúde) e de transparência (registro da execução das emendas nos Relatórios Anuais de Gestão e da atuação dos conselhos municipais de saúde) foram analisados em quatro municípios, com combinações distintas entre o volume de recursos de programação e o de emendas (Tabela 6).

Tabela 5 – Variáveis utilizadas no estudo de caso

Variável	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Mensuração	Fonte
Recursos inesperados	20 mi	27 mi	4 mi	4 mi	Valor de emendas pago – 2015-2023	InvestSus (2024)
Capacidade	50 mi	14 mi	37 mi	1 mi	Valor de recursos de programação de atenção básica e da média e alta complexidade (financiamento federal) - 2015-2023	InvestSus (2024)
	1.028 (+29%)	751 (+73%)	879	180 (+35%)	Quantidade de pessoas na administração direta municipal em 2022 e variação entre 2015 e 2022	IBGE (2024)
	Não	Não	Não	Não	Informação do Relatório Anual de Gestão sobre a execução das emendas recebidas – 2015-2023	Relatório Anual de Gestão Municipal da Saúde SargSUS (2025)
	Não	Não	Sim	Não	Possui conselho municipal de saúde atuante	Busca na internet – existência de site e ata/notícias recentes
Efetividade	-11	0	-20	+47	Variação na taxa de mortalidade infantil – 2015-2023	Abrinq (2024)
	6	4	-2	2	Variação na quantidade de estabelecimentos de saúde	SCNES Ministério da Saúde (2024)
Contexto	+ 3.887	+6.623	+7.682	+3.499	Variação do PIB per capita – 2022 e 2015	IBGE (2024)
	+63	-606	-2434	-38	Variação da quantidade de pessoas inscritas no CadÚnico	Ministério do Desenvolvimento Social (2024)
	19.610	15.062	16.319	2.394	População	IBGE (2024)

Fonte: elaboração própria.

Caso 1 – Alto valor de recursos de programação e de emendas: Buriti dos Lopes – PI

O município apresenta cobertura de 100% da atenção básica, segundo dados do Proadess (2025). As redes sociais da prefeitura destacam a oferta de serviços de atenção especializada, incluindo cirurgias eletivas e exames. Entre 2015 e 2023, verificou-se aumento na capacidade administrativa e expansão da infraestrutura de saúde, o que se refletiu na redução da taxa de mortalidade infantil.

Caso 2 – Baixo valor de recursos de programação e alto valor de emendas: Monte Alegre de Sergipe – SE

Assim como no caso anterior, o município possui cobertura total da atenção básica (Proadess, 2025). Contudo, não foram encontradas informações sobre a oferta de serviços especializados. Apesar do aumento significativo da força de trabalho e da ampliação da rede de unidades básicas, não houve variação na taxa de mortalidade infantil, o que indica baixa efetividade na aplicação dos recursos.

Caso 3 – Alto valor de recursos de programação e médio valor de emendas: Jucurutu – RN

O município dispõe de uma rede diversificada de serviços de saúde, incluindo Centro Especializado de Reabilitação, hospital-maternidade e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com cobertura integral da atenção básica (Proadess, 2025). A Secretaria Municipal de Saúde mantém uma página na internet estruturada, com informações atualizadas sobre ações de saúde. No período analisado, houve redução no número de unidades de saúde e menor crescimento da força de trabalho em relação aos demais casos. Ainda assim, o município apresentou redução expressiva na mortalidade infantil e foi o único a registrar um Conselho Municipal de Saúde atuante, o que evidencia maior transparência.

Caso 4 – Baixo valor de recursos de programação e baixo valor de emendas: Coxixola – PB

Com população bastante reduzida em comparação aos demais casos, o município apresenta cobertura integral da atenção básica (Proadess, 2025). Entretanto, as ações implementadas não foram eficazes, registrando-se um aumento considerável na taxa de mortalidade infantil no período do estudo.

8. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As crises recorrentes, como epidemias, e o cenário de transição climática tendem a ampliar os desafios para as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (OMS, 2021). A resposta a eventos críticos requer um Sistema Único de Saúde (SUS) capaz de lidar, de forma coordenada e eficiente, tanto com urgências e emergências quanto com a tripla carga de doenças que afeta o Brasil (Soares Filho *et al.*, 2022).

Compreende-se que o SUS deve integrar um sistema social solidário, em que os gastos catastróficos em saúde sejam reduzidos e em que a relação entre a oferta pública e privada de serviços, seja de competição ou de complementaridade, tenha como vetores a ética e a resolutividade. A partir dessa perspectiva, buscou-se responder a duas questões: como estão sendo alocados os recursos das emendas obrigatórias na saúde e qual é a sua influência sobre a autonomia subnacional? A maior autonomia local associada a esses recursos gera resultados positivos em saúde quando considerada a capacidade administrativa? A análise concentrou-se nas emendas incluídas no orçamento federal gerenciado pelo Ministério da Saúde entre 2015 e 2024, reconhecendo, contudo, que uma avaliação abrangente do papel das emendas parlamentares no financiamento da saúde deve considerar também os orçamentos dos entes federados.

O financiamento do SUS, amplamente debatido na literatura, insere-se em um contexto de tensão entre centralização e descentralização da gestão dos recursos (Piola *et al.*, 2017; Vieira, 2016; Ugá *et al.*, 2003). Esse tensionamento é particularmente visível na definição de modelos e mecanismos voltados à manutenção de ações estruturantes, à observância dos critérios da política de saúde e à universalização do acesso. De um lado, o nível federal atua como ordenador do sistema, definindo diretrizes e parâmetros; de outro, os municípios demandam maior autonomia para responder às necessidades concretas e urgentes que emergem em seu território.

As discrepâncias entre os incentivos e orientações nacionais e as demandas locais impulsionam a reivindicação por modelos de financiamento mais flexíveis e adaptados às realidades municipais. Silva (2014), ao avaliar o impacto das emendas parlamentares na gestão da saúde no Rio de Janeiro antes do advento das emendas obrigatórias, já apontava uma dissonância entre as diretrizes federais e as necessidades percebidas pelos gestores estaduais.

Este artigo contribui para o debate ao situar o fenômeno das emendas parlamentares obrigatórias como expressão, em parte, do desgaste do modelo centralizado de financiamento da saúde. A centralização é uma característica de um federalismo assimétrico e incompleto (Arretche, 2004), em que as transferências intergovernamentais são operacionalizadas predominantemente por meio de modelos convencionais ou de propostas de projetos. Nesses casos, os recursos transferidos vinculam-se à execução de obras, a incentivos financeiros ou à habilitação

de serviços, frequentemente marcados por ineficiências (Palotti *et al.*, 2022) e por baixa aderência às necessidades locais (Silva, 2014).

A implementação das emendas obrigatórias introduziu novos modelos de transferência intergovernamental, superando parte das limitações do modelo convenial e ampliando a flexibilidade na aplicação dos recursos. Diante desse contexto, buscou-se oferecer uma análise descritiva do perfil das emendas à saúde e da forma como se tem dado a alocação desses recursos, com o intuito de contribuir para o debate público sobre a efetividade desse gasto e sobre medidas que possam ser adotadas para que o país avance na oferta de serviços de saúde de qualidade e acessíveis à população.

Os estudos de caso apresentados sugerem que o recebimento de recursos de emendas, sem capacidade administrativa proporcional, está associado a resultados menos eficientes na área da saúde (Caso 2). Em contrapartida, municípios com maior capacidade administrativa (Casos 1 e 3) apresentaram melhores resultados na redução da mortalidade infantil. Esse achado reforça a perspectiva de Gomide (2016), segundo a qual a capacidade administrativa, entendida como o conjunto de recursos organizacionais, técnicos e gerenciais que viabilizam a implementação efetiva das políticas públicas, é elemento central para converter recursos financeiros em resultados concretos para a população. O Caso 4, por sua vez, evidencia o desafio estrutural enfrentado pelos municípios de pequeno porte. Esses municípios representam cerca de 23% do total no país, têm menos de 5 mil habitantes e caracterizam-se por baixa capacidade administrativa, subfinanciamento e, muitas vezes, desconexão de uma lógica regional de financiamento e assistência. Observa-se, entretanto, que os estudos de caso realizados têm caráter exploratório e seus resultados são meramente indicativos.

Apesar das limitações metodológicas, os resultados sugerem que a capacidade administrativa, medida neste estudo pelo volume de recursos de programação recebidos, está positivamente associada à efetividade no uso dos recursos das emendas parlamentares obrigatórias. Ademais, municípios com maior disponibilidade de recursos de programação e menor dependência de emendas tendem a apresentar melhor desempenho nos indicadores de saúde. Estudos futuros podem avançar na inclusão de variáveis políticas, tais como partidarismo e coalizões políticas, como condicionantes da relação entre capacidade administrativa e entregas de resultados. Bem como na avaliação de se a fragmentação dos recursos, promovida pela decisão alocativa individual dos parlamentares, limita a implementação de políticas estruturantes, notadamente no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- BAIÃO, Ana Lúcia; COUTO, Cláudio Gonçalves; JUCÁ, Iury Costa. A execução das emendas orçamentárias individuais: papel de ministros, cargos de liderança e normas fiscais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 25, p. 47-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220182502>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- BAIÃO, Ana Lúcia; COUTO, Cláudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vítor Eduardo Diniz de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 27, n. 71, e004, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- BARONE, Leonardo Sangali. **Eleições, partidos e política orçamentária no Brasil**: explorando os efeitos das eleições locais na política nacional. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2014.
- BASKIN, Mark *et al.* **Distributive politics in developing countries**: almost pork. Lanham: Lexington Books, 2014.
- BROLLO, Fernanda *et al.* The political resource curse. **American Economic Review**, Nashville, v. 103, n. 5, p. 1759-1796, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1257/aer.103.5.1759>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Siga Brasil**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- CARNUT, Leonardo *et al.* Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 467-480, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- CASTRO, Silvia Beatriz Elia de; SCARPIN, Jorge Eduardo; MEZZADRI, Fernando Maciel. Emendas parlamentares e o orçamento federal para o esporte brasileiro (2004–2015). **Motrivivência: Revista de Educação Física, Esporte e Lazer**, Florianópolis, v. 32, n. 62, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-80402.2020e67168>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- CRUZ, Wladimir Geraldo de Noronha; BARROS, Renata Dantas de; SOUZA, Luiz Eugenio Portela Fernandes de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- DELGADO, Rosângela Maria Lins *et al.* Contribuição das emendas parlamentares ao orçamento do Sistema Único de Assistência Social. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 889-914, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v68i4.1544>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- FARIA, Ricardo de Oliveira. **Emendas parlamentares e processo orçamentário no presidencialismo de coalizão**. [S.l.]: Open Access, 2023.
- FILHO, Alberto Monteiro dos Santos *et al.* Tripla carga de doenças no Brasil, 1990–2021: mudanças, inflexões e o fator COVID-19. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39410>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FIOCRUZ. **Proadess**. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FIRPO, Sérgio; PONCZEK, Vladimir; SANFELICE, Vinicius. The relationship between federal budget amendments and local electoral power. **Journal of Development Economics**, [S.l.], v. 116, p. 186-198, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2015.04.005>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GEORGE, Alexander L.; BENNETT, Andrew. **Case studies and theory development in the social sciences**. Cambridge: MIT Press, 2005.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_capacidades_estatais.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Capacidades estatais para o desenvolvimento no século XXI: proposição de uma metodologia de avaliação**. Texto para Discussão, n. 2196. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6905>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GRATON, Luciano H. T.; BONACIM, Carlos A. G.; SAKURAI, Sergio N. Political bargaining practices through federal budget execution. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 5, p. 1361-1381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220190399x>. Acesso em: 28 mar. 2025.

HELCIAS CÔRTEZ GONZAGA SAGASTUME, Maria *et al.* Orçamento impositivo: A experiência da saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 22, n. 72, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.64009>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LEAL, João Gabriel R. P.; LIMA, Luciana Dias de; BERTHOLINI, Frederico. Mapeando escolhas: emendas parlamentares e alocação de recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de impositividade. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 44, e289431, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2025.44.289431pt>. Acesso em: 14 ago. 2025.

LEAL, João Gabriel Ribeiro Pessanha; LIMA, Luciana Dias de; RODRIGUES, Frederico Bertholini Santos; SILVA, André Schimidt da. Emendas parlamentares destinadas ao Sistema Único de Saúde e a reeleição de prefeitos municipais do Brasil em 2024. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, e00220924, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt220924>. Acesso em: 14 ago. 2025b.

LIMA, Luciana Dias. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 73-139

MARRA, Carlos. **Sistema de emendas parlamentares e o Exército Brasileiro: uma análise dos resultados gerados à luz dos princípios da eficiência e efetividade (2019–2022)**. 2023. Dissertação (Especialização em Altos Estudos em Defesa) — Escola Superior de Defesa, Brasília, 2023. Disponível em: https://repositorio.esg.br/bitstream/123456789/1771/1/15%20-%20TCC%20CAED%202023%20-%20CARLOS_MARRA_27_NOV-23.pdf. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENDES, Marcos. **Emendas parlamentares e controle do orçamento pelo Legislativo**. [S.l.]: Instituto Millenium. Disponível em: <https://institutomillennium.org.br/wp-content/uploads/2023/05/millennium-paper-emendas-parlamentares-e-controle-do-orcamento-pelo-legislativo.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENEZES, Elaine *et al.* **As emendas parlamentares no contexto do orçamento público: alocação de recursos no governo federal 2019–2020**. [S.l.]: SBAP, 2021. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap/index.php/home/article/view/227/53>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MINISTÉRIO DA GESTÃO E INOVAÇÃO. **Manual Técnico de Orçamento**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www1.siop.planejamento.gov.br/mto/doku.php/mto2024>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MUELLER, Bernardo; PEREIRA, Carlos. **The cost of governing**: strategic behavior in Brazil's budgetary process. [S.l.], 2003.

OMS. **Climate change and health**. 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1. Acesso em: 28 mar. 2025.

PALOTTI, Pedro Lucas Duarte de Moraes; D'ALBUQUERQUE, Rinaldo Wenceslau; ENDO, Isadora Cordeiro. Relações intergovernamentais após a constituição federal de 1988: uma radiografia das transferências voluntárias federais aos municípios. **Revista Opinião Jurídica**, Fortaleza, v. 21, n. 36, p. 1-31, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2447-6641oj.v21i36.p1-31.2023>. Acesso em: 28 mar. 2025.

PEDERIVA, J. H.; PEDERIVA, P. L. M. Execução de emendas parlamentares individuais ao orçamento: mudanças em 2014. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 1., 2015, Brasília.

PINAFÔ, Eduardo; CARVALHO, Brígida Gama de; NUNES, Eliane de Fátima Portes de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em: 28 mar. 2025.

PIOLA, Sérgio *et al.* **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

RAILE, Eric D.; PEREIRA, Carlos; POWER, Timothy J. The executive toolbox: building legislative support in a multiparty presidential regime. **Political Research Quarterly**, [S.l.], v. 64, n. 2, p. 323-334, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1065912909355711>. Acesso em: 28 mar. 2025.

RODRIGUES, Taíla. **Emendas parlamentares individuais**: a relação entre os Poderes Executivo e Legislativo após a promulgação da Emenda Constitucional 86/2015. Senado Federal, 2019.

SABARÁ, Maria Tereza. **A distribuição das emendas parlamentares individuais e o desenvolvimento regional**: uma análise do perfil sociopolítico dos deputados estaduais do Tocantins. 2020. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) — Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/2421>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SANTOS, Nadja Cristiane Bezerra dos; GASPARINI, César Eduardo. Orçamento impositivo e relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 31, p. 339-396, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SILVA, André Schimidt da. **As emendas parlamentares aos orçamentos da União**: implicações para o financiamento e a gestão municipal do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2024. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/66478>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SILVA, Cristian; AVELINO, Erlene Maria Coelho; RODRIGUES, Júlia Marinho. Orçamento impositivo das emendas coletivas de bancada: indo além do poder de emenda versus poder de agenda. *In*: IPEA. **Governança orçamentária no Brasil**. Brasília: Ipea, 2022. p. 741-769. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12182/1/218480_LV_Governan%C3%A7a%20Or%C3%A7ament%C3%A1ria_Cap%C3%ADtulo%2024.pdf. Acesso em: 28 mar. 2025.

SILVA, Renato Castro da; FONSECA, Marcelo Afonso Pereira da. A influência das emendas parlamentares sobre o orçamento público em turismo no Brasil. **Turismo: Visão e Ação**, Joinville, v. 25, n. 2, p. 263-283, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.14210/rtva.v25n2.p263-283>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SODRÉ, André; ALVES, Márcio. 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**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000300003>. Acesso em: 28 mar. 2025.

TEIXEIRA, Márcio Ricardo *et al.* Esporte, fundo público e pequena política: os reverses de um orçamento (r)emendado. **Movimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 593-606, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.73007>. Acesso em: 28 mar. 2025.

UGÁ, Maria da Penha Albuquerque *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ULINSKY, Karla *et al.* Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, [S.d.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9ZCwyxLFP6pCVz4krScFcmB/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Acesso em: 28 mar. 2025.

VIEIRA, Fabíola. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município segundo áreas de alocação dos recursos (2015–2020)**. Brasília: Ipea, 2022.

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção e elaboração do manuscrito: Luna Viana

Coleta de dados: Luna Viana

Discussão dos resultados: Luna Viana

Revisão e aprovação: Luna Viana

AUTOR CORRESPONDENTE

Luna Viana - lunaviana@gmail.com

FINANCIAMENTO

Não se aplica.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM

Não se aplica.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Não se aplica.

CONFLITO DE INTERESSES

O(s) autor(es) declara(m) que não há conflitos de interesse relacionados à publicação deste artigo. A pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações institucionais que possam ser interpretadas como um potencial conflito de interesse.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA E OUTROS MATERIAIS

Os dados que deram suporte ao artigo estão disponíveis em:


https://drive.google.com/drive/folders/1mc6nr2lj6cSUoHD1xbJMQmT0vVtUjd-l?usp=drive_link

PUBLISHER

Fundação Escola Nacional de Administração Pública (Enap). As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da Enap.

EDITORES

Editor-Chefe: Alexandre de Ávila Gomide  (Escola Nacional de Administração Pública, Brasília/DF – Brasil)

Editor-adjunto: Rafael Rocha Viana  (Escola Nacional de Administração Pública, Brasília/DF, Brasil)

Editora: Mila Lopes Mesquita  (Escola Nacional de Administração Pública, Brasília/DF, Brasil)

HISTÓRICO

Submetido: 28/mar/2025 | Aceito: 13/fev/2026 | Publicado: 30/mar/2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos avaliadores e à equipe da RSP pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento deste artigo.

LICENÇA DE USO

Copyright (c) 2026 Luna Viana. A autora mantém os direitos autorais e concede à Revista do Serviço Público (RSP) o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença *Creative Commons* Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. (CC BY-NC 4.0). Os artigos são de acesso aberto e uso gratuito.

