



Novas estratégias para velhas práticas na distribuição de verbas federais: o quinhão da política de saúde com o orçamento impositivo

New strategies for old practices in the distribution of federal funds: the share of health policy with the imposed budget

Rebel Zambrano

Machado¹

orcid.org/0000-0002-8599-546X
zambrano.rebel@gmail.com

Recebido em: 06 abr. 2020.

Aprovado em: 16 abr. 2020.

Publicado em: 30 out. 2020.

Resumo: Este artigo propõe uma reflexão sobre o orçamento público impositivo, que, ao ser aprovado, pretende ressignificar o papel do Poder Legislativo nas decisões do orçamento e na redefinição do escopo de ações. Destaca-se que essa participação do Legislativo na definição parcial do orçamento da União estimula a continuidade das práticas políticas populistas e clientelistas que atendem os interesses do mercado, ou seja, dos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), usando-o como moeda de troca. O objetivo do artigo é ressaltar a interferência do orçamento impositivo à luz do planejamento e da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, apontando as contradições provocadas no processo. As Emendas Legislativas do orçamento impositivo assumem características de comprometimento eleitoral, respondendo a promessas de caráter político dos parlamentares para com seus eleitores e as regiões que representam, assim como a liberação pelo governo de recursos orçamentários e/ou contratação de cargos em comissão em períodos importantes de votações pelo Congresso. Aflora a reflexão necessária sobre as disputas e quanto à organização do sistema de saúde ser a partir da oferta e não da demanda, o que de certa forma, acaba privilegiando os níveis de atenção de maior custo e cristalizando antigas práticas de distribuição de sobejos, atendendo os interesses de mercado, que, na maioria das vezes, em nada impactam na saúde da população.

Palavras-chave: Orçamento Impositivo. Práticas Políticas. Planejamento e Organização do SUS.

Abstract: This article proposes a reflection on the imposing public budget, which, when approved, intends to re-signify the role of the Legislative Power in budget decisions and in the redefinition of the scope of actions. It is noteworthy that this participation of the Legislative in the partial definition of the Union's budget stimulates the continuity of populist and clientelist political practices that serve the interests of the market, that is, of service providers to the Unified Health System (SUS), using it as a bargaining chip. The objective of the article is to highlight the interference of the imposing budget in the light of the planning and organization of Health Care Networks (RAS) in SUS, pointing out the contradictions caused in the process. Legislative Amendments to the imposing budget assume characteristics of electoral commitment, responding to promises of a political nature by parliamentarians towards their voters and the regions they represent, as well as the release by the government of budgetary resources and / or contracting of commissioned positions in important periods. Voting by Congress. The necessary reflection on disputes and the organization of the health system emerges from supply and not demand, which, in a way, ends up privileging the highest cost levels of care and crystallizing old practices of distribution of leftovers, attending market interests, which, in most cases, have no impact on the health of the population.

Keywords: Tax Budget. Political Practices. SUS Planning and Organization.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Faculdade São Francisco de Assis (FSA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

Introdução

O objetivo deste artigo é refletir sobre as repercussões do orçamento impositivo para o setor saúde, introduzido com a Emenda Constitucional (EC) n.86/2015 e complementado pela EC n.100/2019, que impõe ao Poder Executivo a obrigatoriedade de liberar verbas para as emendas votadas e aprovadas pela Câmara de Deputados Federais e o Senado. Nesse sentido, o estudo apresenta a série histórica das emendas parlamentares individuais e coletivas, seus valores, as distribuídas no País e as direcionadas ao Rio Grande do Sul, as quais adicionam recursos à Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Poder Legislativo, com essas mudanças constitucionais, recupera uma atuação mais ativa na definição do orçamento. No entanto, fortalecem-se as velhas práticas políticas, usando as emendas parlamentares como moeda de troca² no jogo político, dependendo do quão efetivos são os grupos de interesses, de pressão e/ou de *lobbying*.³

A EC n. 86 define o teto das emendas individuais ao projeto de Lei Orçamentária até o limite de 1,2% da receita corrente líquida, devendo atender a área da saúde com 50% desse total. A EC n. 100/2019 complementa os artigos da Constituição e inclui as emendas de iniciativa de bancadas dos partidos dos parlamentares no montante de até 1% da receita corrente líquida realizada no exercício anterior.

Logo, o propósito aqui é analisar se as emendas provenientes do orçamento impositivo en-

contram ressonância à luz do planejamento e da organização das RAS⁴ no SUS, provocando algumas incursões na temática e apontando as contradições evidenciadas nesse processo. Adverte-se para a indispensável prudência e imprescindibilidade de observar-se a consolidação das RAS através de seus fundamentos e atributos como principal estratégia de gestão e a efetivação do direito à saúde da população.

Em que pesem os aspectos positivos dessa maior participação do Legislativo com as mudanças no orçamento, é essencial, como resposta da gestão, o incremento do desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica, que deve ser alcançado com a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade. Nesse sentido, a economia de escala⁵, a qualidade e o acesso são os fundamentos estruturais para a organização de forma regionalizada dos prestadores de serviços para a consolidação das RAS (MENDES, 2011).

A despeito disso, acredita-se que o orçamento impositivo na saúde não garante a melhor organização do sistema a partir da Atenção Primária em Saúde (APS)⁶ como contato preferencial e acesso em saúde, e tampouco fortalece a capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho do processo e das organizações. Nesse sentido, deve ser preconizado e garantido o fundamento da suficiência⁷, invertendo a lógica da oferta de serviços em detrimento das neces-

² Movimento conhecido como: "toma lá dá cá".

³ Os grupos de interesses, os grupos de pressão e até as ações que caracterizam o *lobbying* não possuem endereço fixo, nem ao menos são ações predeterminadas, mas tudo isso fica encoberto em um mundo marcado algumas vezes por esquemas de corrupção, que só podem ser vistos através de microcâmeras ou mesmo por grandes esquemas de investigação. Por fim, "[...] constituem-se em organizações ou entidades que procuram influenciar no processo de decisão de órgãos estatais, visando ao atendimento de seus objetivos específicos" (PIERINE, 2010).

⁴ A Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵ As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis (ALETRAS, JOHNES; SHELDON 1997). Os serviços que devem ser concentrados são de maior densidade tecnológica, beneficiam-se mais da economia de escala, têm recursos escassos e a distância do serviço tem menor impacto sobre o acesso. Os fundamentos de economia de escala e qualidade do serviço estão estreitamente interligados: quanto maior for a quantidade do serviço maior será sua qualidade, seja por oferta, seja por experiência do profissional.

⁶ A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigida à população em território, definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A APS será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

⁷ A suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos realizados com qualidade.

sidades de saúde da população. Por fim, deve-se garantir os princípios do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade.

O cenário brasileiro, caracterizado pela diversidade de contextos regionais, com importantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada, seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação dos princípios organizativos da economia de escala, qualidade, acesso e custo-efetividade, adquire uma forte complexidade no processo de constituição de um sistema unificado e integrado de saúde no País (MENDES, 2011).

Considerando-se os diversos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006), entende-se que um único sistema de governança⁸ para toda a rede seja um dos aspectos essenciais para o amadurecimento das etapas de consolidação da organização do SUS. Embora com diferentes formatos de participação de coletivos, é imprescindível a construção de uma arquitetura diversificada de negociações e a construção de uma rede de laços interfederativos de gestores e entre poderes para que o orçamento impositivo tenha impacto positivo nas regiões de saúde. Finalmente, é imperativo que se fortaleça o monitoramento e a avaliação, qualificando as abordagens de acompanhamento na Administração Pública.

Este artigo está estruturado em uma breve discussão sobre o orçamento autorizativo e o impositivo, esclarecendo as características e regras das emendas parlamentares relacionadas ao segundo. Apresenta os dados nacionais dessas emendas em uma série histórica, com recorte

dos maiores recursos de emendas por bancadas e seus respectivos beneficiários. Assim como na área da saúde e das direcionadas ao Rio Grande do Sul. Destaca as novas estratégias para velhas práticas na distribuição de verbas federais e o reflexo na organização do SUS.

1 Orçamento público autorizativo ou impositivo

Como um dos instrumentos mais importantes de gestão na administração pública, o orçamento⁹ é elaborado anualmente pelo Poder Executivo¹⁰ e encaminhado e aprovado por lei pelo Poder Legislativo. Contém a previsão de receitas e a fixação de despesas, programando a vida econômica e financeira do Estado, seu cumprimento é obrigatório, vinculativa do agente público (OLIVEIRA, 2008). Ele deve ser elaborado a partir do Plano Plurianual (PPA)¹¹, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), observando as normas preconizadas na Lei de Responsabilidade Fiscal. Assim, trata da autorização para a realização de despesas de um governo.

O orçamento pode caracterizar-se como autorizativo ou impositivo. No primeiro caso, conforme a experiência brasileira, o Poder Legislativo o autorizava, mas isso não obrigava o Poder Executivo a realizar determinadas despesas. O orçamento impositivo obriga o Poder Executivo a executar as emendas sem contingenciamento.¹² Os países da América Latina seguem o modelo autorizativo; já em muitos países da Europa, o modelo adotado é o impositivo.

Nesse contexto, há quem defenda o orçamento autorizativo sob a perspectiva de que o governo reavalia as contas periodicamente e, com base na arrecadação de impostos e contribuições, reprograma seus gastos até o final de cada ano. No caso do orçamento impositivo, o governo

⁸ A governança das RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede, a qual se pretende ocorra articulada a partir da APS, atendendo as demandas do território.

⁹ Ele parte da previsão de receitas e da estimativa de despesas que são realizadas por um determinado governo, em um exercício definido.

¹⁰ As leis de iniciativa do Poder Executivo são: o Plano Plurianual, as Diretrizes Orçamentárias e os Orçamentos Anuais.

¹¹ No Brasil, o PPA está previsto no artigo 165 da Constituição Federal e regulamentado pelo Decreto n. 2.829 de 29 de outubro de 1998, revogado pelo Decreto n. 10.179 de 2019. Trata-se de um plano de médio prazo que estabelece as diretrizes, objetivos e metas a serem seguidos pelos entes federativos (Governo Federal, estadual ou municipal) ao longo de um período de quatro anos.

¹² Quando o desempenho da economia não é o esperado e as receitas são abaixo das expectativas, o governo pode bloquear os recursos revisando os valores do orçamento, adotando o contingenciamento, que significa uma forma de proteção ao gasto no sentido de cumprir a meta de déficit primário, estratégia que tem sido recorrente no caso brasileiro nos últimos anos.

perde essa discricionariedade. Por outro lado, quem defende o orçamento impositivo, acredita ser a forma de impedir que o Executivo possa contingenciar verbas, realizar cortes ou exercer discricionariamente a programação orçamentária, não atendendo a interesses, particularmente os de bancadas políticas.

O orçamento autorizativo¹³, no Brasil, acabou por se traduzir como uma peça de ficção, posto que, ao longo do exercício, se desconfigurava o que foi aprovado pela Assembleia Legislativa. O Executivo pode gastar no limite do que está consignado na Lei, entretanto, anualmente redefine os limites de gasto por área, tradicionalmente com valores menores do que os que estão alocados no orçamento. Isso, na prática, também vinha reduzindo o Congresso Nacional a um papel decorativo na aprovação do orçamento (PISCITELLI, 2006). Portanto, não se pode conceber que "[...] o orçamento seja uma lei apenas no aspecto formal, com dispositivos dotados de caráter meramente autorizativo, sob pena de torná-lo um instrumento inócuo para o planejamento e gestão governamentais [...]" (CONTI, 2013, p. 1).

A grande mudança em relação ao orçamento brasileiro é que, a partir de 2015, as emendas parlamentares individuais ao orçamento público passaram a ter a sua execução orçamentária e financeira obrigatória pelo Poder Executivo, nos termos das novas redações dos artigos 165, e, em especial, do parágrafo 11 do artigo 166 da Constituição Federal. Ele tratada obrigatoriedade da execução orçamentária e financeira em um montante até 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos em Lei Complementar, incluídos pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015.

O provável descontentamento dos parlamentares com os baixos níveis de execução orçamentária e financeira das emendas individuais foi um forte argumento para a aprovação da EC n. 86/2015, mas de qualquer forma, a Tabela 1 na

sequência do artigo apresenta uma série histórica de 2015 a 2019, na qual é possível observar uma grande diferença entre o que é empenhado e o pago. Ela garantiu a obrigatoriedade de execução das programações orçamentárias derivadas de emendas individuais de parlamentares. A EC n. 100 a complementa com as emendas coletivas de bancadas e de comissões.

2 As emendas parlamentares e o orçamento impositivo

Existem emendas feitas às receitas e às despesas orçamentárias. As primeiras têm por finalidade alterar a estimativa de arrecadação, podendo, inclusive, propor a sua redução. As emendas à despesa são classificadas como de remanejamento, apropriação ou de cancelamento. Todas são feitas ao Orçamento, denominado Lei Orçamentária Anual. O acréscimo ou a inclusão de dotações só poderá ser aprovado se estiver adequado ao PPA e à Lei de Diretrizes Orçamentárias, excluídas as despesas que incidem sobre: dotações de pessoal e seus encargos, serviço da dívida e transferências tributárias constitucionais para estados, municípios e Distrito Federal. As emendas à despesa são também objeto de regulação feita por resoluções do Congresso Nacional e por portarias do Ministério da Saúde, quando for o caso, o que nem sempre é de domínio da sociedade civil organizada para que possa compreender e acompanhar o processo.

Existem quatro tipos de emendas parlamentares impositivas feitas ao orçamento: individual, de bancada, de comissão e da relatoria. As emendas individuais são de autoria de cada senador ou deputado. As de bancada são emendas coletivas, de autoria das bancadas estaduais ou regionais. Emendas apresentadas pelas comissões técnicas da Câmara e do Senado são também coletivas, bem como as propostas pelas Mesas Diretoras das duas Casas. Dessa forma, é garantido aos parlamentares, independentemente de que espaço ou função possam estar ocupando no Congresso, a possibilidade da proposição de emendas ao

¹³ Esse modelo foi alterado a partir das Emendas Constitucionais n. 86 de 17/03/2015, n. 100 de 26/06/2019 e n. 102 de 26/09/2019, bem como regulamentado por portarias anuais do Ministério da Saúde.

orçamento, ampliando o escopo do poder de barganha e de negociações.

Nessa lógica, a partir da EC n. 86, de 2015, 1,2% da despesa pública (referente à receita corrente líquida do ano anterior, descontadas as contribuições previdenciárias, PIS, Pasep) pode ser definido pelos parlamentares por meio de emendas individuais. A EC n. 100 de 2019 amplia as emendas impositivas para as bancadas e comissões, cabendo, ao Executivo o seu cumprimento, salvo nos casos em que houver impedimento de ordem técnica.¹⁴ O parecer preliminar ao PLOA 2015, visando delimitar o conjunto das programações sujeitas ao modelo do orçamento impositivo, direcionou a apresentação de emenda individual "impositiva" apenas às programações discricionárias¹⁵, exceto o PAC.

O percentual passa a ser de até 1% da receita corrente líquida realizada no exercício anterior a partir do ano subsequente ao da Emenda. A metade desse percentual será destinada a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198¹⁶, vedada a destinação para

pagamento de pessoal ou encargos sociais.

Cada parlamentar¹⁷ pode apresentar até 25 emendas individuais no valor total definido pelo parecer preliminar do relator. Há também regras específicas sobre a apresentação de tais emendas, como, por exemplo, identificar a entidade beneficiária que receberá os recursos, com endereço e nome dos responsáveis pela sua direção, bem como as metas que essa entidade deverá cumprir, demonstrando sua compatibilidade com o valor da verba fixada na emenda.

As comissões permanentes do Senado e da Câmara podem apresentar entre quatro e oito emendas, dependendo de suas especificidades com relação às áreas temáticas¹⁸ do orçamento. No caso do Senado, nove do total de 11 comissões, incluindo a Mesa Diretora, têm direito à apresentação de até oito emendas. Somente as Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE) é que podem apresentar até seis emendas.

Na Tabela 1 consta a série histórica de todas as emendas parlamentares no Brasil a partir da aprovação do orçamento impositivo.

TABELA 1 – Emendas Parlamentares, total empenhado e total pago no Brasil – 2015-19

DISTRIBUIÇÃO\ANO	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Quantidade de Emendas criadas	3.724	6.148	5.569	7.188	8.150	30.779
Valor Total Empenhado (R\$ bilhões)	3,38	7,22	10,70	11,31	12,97	45,58
Valor Total Pago (R\$ bilhões)	24,12 ¹	1,96	2,24	5,12	5,74	39,18

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

Obs.¹¹: Os valores pagos em 2015 são em milhões de reais.

Os dados da Tabela 1 mostram crescimento do número de emendas na série histórica, bem como dos valores empenhados, exceto dos efetivamente

pagos. O percentual designado para a área da saúde do total de recursos, conforme os dados disponíveis nesse mesmo portal, constatou-se que em 2015 foi

¹⁴ O que consta no parágrafo 12 do artigo 166, quando deverá ser observado o disposto nos parágrafos 9º, III, e 11 do artigo 165 da Constituição Federal.

¹⁵ A expressão "discricionária" consta nos textos das Leis de Diretrizes Orçamentárias como contraponto às despesas obrigatórias. Trata-se de despesas "não obrigatórias" no sentido de não serem determinadas pela legislação permanente. Sendo discricionárias, sujeitam-se ao contingenciamento, mas apenas dentro dos limites e critérios fixados na LDO (art. 9º da LRF), o que leva à conclusão de que despesas não contingenciadas, ainda que "discricionárias", deveriam ser executadas (BRASIL, 2015).

¹⁶ Trata da aplicação dos percentuais mínimos de execução de ASPS por cada ente federativo, definido pela EC n. 29 de 2000.

¹⁷ Resolução 1/06 do Congresso Nacional.

Fonte: Agência Senado, acesso em: 10 de outubro de 2019. É elaborado um manual de Emendas ao orçamento da União para o ano seguinte.

¹⁸ São as seguintes as áreas temáticas que podem ser beneficiadas com as emendas: infraestrutura; saúde; integração nacional e meio ambiente; educação, cultura, ciência e tecnologia e esporte; planejamento e desenvolvimento urbano; fazenda, desenvolvimento e turismo; justiça e defesa; poderes do Estado e representação; agricultura e desenvolvimento agrário; e trabalho, previdência e assistência social.

designado 47,06%, em 2016 52,79%, em 2017 representou 46,46%, em 2018 o percentual foi de 48,73% e em 2019 atingiu 51,74%, também apresentando um crescimento importante na série histórica.

As emendas sob a perspectiva do orçamento impositivo na área da saúde, em 2019, podem ser destinadas para o incremento temporário dos Tetos de Média e Alta Complexidade (Teto MAC) e do Piso de Atenção Básica (PAB), financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192 e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, financiamento do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para a realização de procedimentos de caráter eletivo, bem como financiamento de ambulâncias de transporte tipo "A" destinadas à remoção simples no âmbito do SUS. Esses recursos têm caráter eventual, portanto não poderão ser incorporados aos limites dos respectivos entes beneficiados, de forma que os efeitos orçamentários se limitam a cada exercício e para sua aplicação é publicada anualmente uma Portaria.¹⁹

As propostas devem ser processadas no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, o qual fará as transferências de recursos estabelecidos aos respectivos Fundos de Saúde em até seis parcelas, em conformidade com os processos de pagamento instruídos, depois de atendidas as condições previstas para essa modalidade de transferência. Os executores das emendas devem observar as orientações gerais sobre os programas disponíveis pelo Ministério, bem como a legislação que trata do financiamento e do gasto público.

Nessa lógica, trata-se de incremento temporário de recursos para o Teto da Média e Alta Complexidade, destinados a complementar o custeio dos serviços desses níveis de atenção em até 100% da produção aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no ano anterior, com o objetivo de melhorar o atendimento à população aumentando o financiamento da rede própria de atendimento e/ou,

ainda, atuando na ampliação do custeio proporcionando a redução de filas de atendimento.

Quando se observa os maiores valores de emendas, por bancada, encontra-se ainda uma diferença importante dos valores empenhados para os pagos, bem como os 10 beneficiários com os recursos mais atos. Nessa lógica, o recorte será de 2018 e 2019.

TABELA 2 – Maiores valores pagos em emendas parlamentares, por bancada, em 2018

Autor das emendas	Valor total empenhado (R\$)	Valor total pago (R\$)
Bancada do Ceara	113.746.494,00	113.746.031,00
Bancada do Rio Grande do Norte	113.746.494,00	27.383.514,45
Bancada de Goiás	113.746.494,00	0,00
Bancada da Bahia	113.746.494,00	56.874.647,00
Bancada do Distrito Federal	113.746.494,00	1.400,00
Bancada de Rondônia	113.746.494,00	68.756.321,94
Bancada do Maranhão	113.746.494,00	49.133.460,04
Bancada de Roraima	113.746.493,90	53.149.109,92
Bancada do Amazonas	113.746.493,90	3.500,00
Bancada de Tocantins	113.746.493,11	R 3.500,00
TOTAL	1.137.464.931,10	369.051.484,35

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

A bancada do Ceará é a que captou mais recursos e garantiu seu pagamento em 2018. A bancada de Rondônia teve a liberação de um pouco mais de 50% dos recursos empenhados. As outras oito

¹⁹ A aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS encontra amparo na Portaria n. 395 de 13 de março de 2019. A Portaria n. 134 de 21 de maio de 2018 distribui entre alguns órgãos um montante direcionado para as emendas. A Portaria n. 565 de 9 de março de 2018 define a aplicação das emendas parlamentares; a Portaria n.º 268 de 25 de fevereiro de 2016 regula as emendas de 2016. E a primeira delas, a Portaria n.º 600 de 10 de junho de 2015 regulamenta a aplicação das emendas para o ano de 2015.

bancadas tiveram menos de 50% dos valores empenhados e dos efetivamente pagos. A seguir os dez maiores valores pagos e seus beneficiários

TABELA 3 – Entidades favorecidas, valores empenhados e pagos relativos a emendas parlamentares, em 2018

Entidade	Valor empenhado (R\$)	Valor pago (R\$)
Caixa Econômica Federal – BRASÍLIA/DF	206.825.348,26	20.939.313,36
Fundo Estadual de Saúde – FUNDES – SÃO PAULO/SP	137.631.690,00	105.732.896,00
Fundo Estadual de Saúde – FORTALEZA/CE	97.639.394,00	97.089.394,00
XCMG Brasil Indústria LTDA – POUSO ALEGRE/MG	88.510.295,58	36.509.624,08
Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento – CURITIBA/PR	84.314.139,49	0,00
Castilho Engenharia e Empreendimentos S/A – CURITIBA/PR	77.663.145,17	66.987.332,61
Polícia Civil do Distrito Federal – BRASÍLIA/DF	75.789.465,80	R\$ 0,00
Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação – GOIÂNIA/GO	70.460.952,38	0,00
Secretaria de Estado de Infraestrutura – MANAUS/AM	69.227.200,00	0,00
Agência Tocantinense de Transportes e Obras – AGETO – PALMAS/TO	68.250.000,00	0,00
Total	976.311.630,68	327.258.560,05

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

Os dados da Tabela 3 mostram que o orçamento impositivo não garante o pagamento dos valores de

emendas empenhados. O Fundo de Saúde de Fortaleza captou o valor integral, seguido pelo Fundo de São Paulo. Das dez entidades beneficiadas sete não receberam os valores pagos ou não chegaram a 50% do que foi empenhado. Dos beneficiários da Tabela 3 apenas dois têm ligação com a saúde, os demais são de outras áreas e o que chama a atenção é a Caixa Econômica Federal constar na lista.

TABELA 4 – Maiores valores pagos em emendas parlamentares, por bancada, em 2019

Autor das emendas	Valor total empenhado (R\$)	Valor total pago (R\$)
Bancada do Piauí	169.625.708,00	110.997.187,00
Bancada de Sergipe	169.616.291,37	54.642.449,06
Bancada do Mato Grosso do Sul	169.592.475,00	0,00
Bancada do Amazonas	169.583.983,24	25.711.000,00
Bancada do Rio Grande do Norte	169.548.029,82	0,00
Bancada do Maranhão	169.404.468,29	136.782.067,20
Bancada de Roraima	169.232.357,71	61.624.640,00
Bancada de Santa Catarina	169.151.182,00	147.151.182,00
Bancada de São Paulo	169.139.763,63	68.386.749,79
Bancada do Rio de Janeiro	168.960.963,83	38.527.728,01
Total	1.691.218.836,50	643.823.003,06

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).2020.

Os dados da Tabela 4, relativos ao ano de 2019, mostram que as bancadas do Piauí, do Maranhão e de Santa Catarina foram as que conseguiram garantir a liberação de quase a totalidade de recursos empenhados. As demais bancadas obtiveram menos de 50% dos recursos empenhados em emendas. Apenas quatro bancadas se repetem nas Tabelas 3 e 4.

TABELA 5 – Entidades favorecidas, valores empenhados e pagos relativos a emendas parlamentares, 2019.

Entidade	Valor empenhado (R\$)	Valor pago (R\$)
Fundo Estadual de Saúde – SÃO PAULO/SP	165.092.099,00	161.029.566,00
Fundo de Saúde do Distrito Federal – BRASÍLIA/DF	128.826.885,00	117.405.485,00
Estado de Rondônia – PORTO VELHO/RO	127.777.951,63	0,00
Fundo Estadual de Saúde – FORTALEZA/CE	110.779.847,00	110.779.847,00
Fundo Estadual de Saúde – PORTO ALEGRE/RS	100.646.101,00	99.546.101,00
Caixa Econômica Federal – BRASÍLIA/DF	94.374.915,47	2.115.140,92
Estado de Sergipe – ARACAJU/SE	94.243.220,91	1.750.000,00
Fundo Estadual de Saúde – FES – VITORIA/ES	91.276.185,00	75.616.295,00
Fundo Municipal de Saúde – SÃO PAULO/SP	85.666.428,00	63.229.205,00
Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia – SALVADOR/BA	77.161.944,00	74.517.957,00
Total	1.075.845.577,01	705.989.596,92

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

Os 10 beneficiados de 2019, conforme a Tabela 5, apresentam um perfil diferente. Ampliam-se os Fundos Estaduais de Saúde beneficiados, que, de 10 entidades, sete se referem a eles, o que significa que tais recursos serão direcionados para a média e alta complexidades. Isso atende ao interesse do mercado e contraria a organização do SUS em RAS e que tem o consenso entre diferentes correntes

e representações e de pesquisadores. Causa estranheza novamente aparecer a Caixa Econômica Federal entre as 10 entidades que tiveram os empenhos e/ou os maiores pagamentos em 2019.

Os recursos de emendas parlamentares para as gestões estaduais em 2019 são apresentados no Quadro 1, com sua distribuição entre os estados brasileiros, o que possibilita a comparação.

Quadro 1 – Distribuição nacional de recursos de emendas impositivas para entidades públicas sob gestão estadual em, 2019.

UF	NOME	VALOR (SIA + SIH) (R\$)
AC	Secretaria de Estado de Saúde	80.697.061,12
AL	Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas	66.508.128,85
AM	Susam	317.407.061,96
AP	Sesap – Secretaria de Estado da Saúde	54.774.099,43
BA	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	656.223.939,01
CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	125.007.108,35
DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal	244.037.422,43
ES	Secretaria de Estado da Saúde	151.234.327,36
GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	18.149.306,98
MA	Secretaria de Estado da Saúde	262.651.007,16
MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	136.116.755,52
MS	Secretaria de Estado de Saúde	25.657.797,37
MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso	64.298.492,97
PA	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Para	152.652.256,30
PB	SES PB	39.773.610,68
PE	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco	663.508.981,10
PI	Secretaria Estadual da Saúde do Piauí sede	87.344.278,15
PR	Secretaria de Estado da Saúde	185.872.800,56
RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	234.671.830,57

UF	NOME	VALOR (SIA + SIH) (R\$)
RN	Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN	43.666.366,39
RO	Sec. de Estado da Saúde Gabinete do Secretario	122.511.292,61
RR	Secretaria de Estado da Saúde	61.093.277,89
RS	Secretaria da Saúde	120.526.262,37
SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina	205.566.133,96
SE	Secretaria de Estado da Saúde sede	83.633.294,30
SP	Secretaria de Estado da Saúde processamento CGOF	1.727.573.112,64
TO	Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins	91.163.490,96

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

Conforme os dados apresentados no Quadro 1, o Estado de São Paulo desponta em primeiro lugar na captação de recursos, seguido por Pernambuco e Bahia. No desdobramento dos dados, o montante de recursos das emendas parlamentares relativos a 2019, e distribuídos entre os 27 estados para serviços públicos sob gestão estadual, atingem R\$ 6.022.319.496,99.

Sob outra perspectiva, o montante de emendas distribuídas para serviços privados sem fins lucrativos estaduais, em 17 deles, somou

R\$70.908.386,61, sendo destinados para fundações privadas, várias delas gerenciando hospitais. Quanto a outro tipo de classificação encontrada, identificaram-se 40 associações privadas, na maioria delas são APAES, recebendo um valor de R\$ 9.563.343,34 em emendas. Os demais 159 prestadores privados sem fins lucrativos sob gestão municipal são hospitais, com um total recebido de R\$ 546.822.537,00.

A distribuição de recursos para serviços privados sem fins lucrativos municipais beneficiou 130 prestadores, num total de R\$769.225.454,10. Esse grupo inclui hospitais, APAES, universidades, sindicatos, fundações hospitalares, dentre outros. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94²⁰, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado por meio de relatório de gestão aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Em relação à possibilidade de Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica²¹, em 2019, os recursos para o custeio dos serviços de atenção básica em saúde são para cumprimento de metas. Nessa perspectiva, o total de recursos é de até 100% do somatório dos Pisos de Atenção Básica, fixo e variável, aferido no ano anterior para o município.

A Tabela 6, a seguir, apresenta a série histórica de 2015 a 2019 das emendas por subfunção disponibilizadas ao RS na área da saúde.

TABELA 6 – Número de emendas parlamentares individuais distribuídas por subfunção na área da saúde, valores empenhados, no RS – 2015-19.

Anos	MAC (média e alta complexidade)	AB Atenção básica	Adm. Geral	Valor Total Empenhado (R\$)
2015	41	27	03	87.594.050,28
2016	42	45	19	197.447.413,49
2017	57	40	29	204.979.569,50
2018	49	31	49	244.619.888,00
2019	51	75	-	160.661.538,00
Total	240	218	100	895.302.458,27

Fonte: Câmara dos Deputados, Portal da Transparência (www.camara.leg.br).

²⁰ O Decreto dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências.

²¹ Os recursos **podem ser alocados** na ação 2E89, conforme orientação do Fundo Nacional.

Os dados da Tabela 6 mostram que a maior parte dos recursos das emendas foram direcionados para os níveis secundário e terciário do sistema de saúde em todos os anos da série histórica, exceto em 2019. As informações dessa mesma Tabela revelam que ocorreu um crescimento importante de emendas para a saúde no Estado, na subfunção AB²² e, quanto ao MAC, as disputas e negociações mantêm um padrão.

Os valores máximos para custeio de unidades próprias de Estados, Distrito Federal e municípios, assim como para as entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado são disponibilizados no sítio do Fundo Nacional de Saúde.

A introdução do orçamento impositivo traduz-se em mudanças que buscam uma maior participação do Legislativo na definição do orçamento do Poder Executivo, embora a sua programação seja feita pelo Executivo e não pelo Legislativo, como ocorre em outros países. O orçamento impositivo fragiliza a organização do SUS em Redes de Atenção, dificultando a implementação dos seus princípios em um planejamento regional e ascendente.

Mesmo que possam significar a complementação dos percentuais mínimos de gastos dos entes federados em ASPS, a interferência política, sob outro ponto de vista, acaba por manter e cristalizar antigas práticas caracterizadas como "concessões" clientelistas aos redutos eleitorais, as quais em muito se assemelham às características do populismo.²³ Os recursos deixam de passar por dentro da lógica de planejamento do sistema quando são distribuídos dessa forma, não garantindo, na maioria das vezes, o viés técnico, mas o político e partidarizando a prática da distribuição.

3 Novas estratégias para velhas práticas na distribuição de verbas federais

O descontentamento dos parlamentares com os baixos níveis de execução orçamentária e financeira de suas emendas individuais pode ter sido um fator importante para que fosse aprovada a EC n. 86/2015. No mesmo caminho, em 2019, foi aprovada a EC n. 100, que amplia o orçamento impositivo para as emendas coletivas dos parlamentares.

Isso significa a liberação, pelo Legislativo, de um importante montante de recursos que é transferido conforme critérios políticos, independentemente de existirem as orientações por portarias, ocorrendo, portanto, conforme a disputa e a capacidade de mobilização dos sujeitos nessa arena decisória. Esses recursos, e parcela deles deveria ser mesmo da política de saúde, no entanto, não fazem parte do processo de planejamento e programação em saúde. Tais valores correm paralelamente ao planejamento e à organização do SUS, dependendo de uma maior aproximação com o Congresso.

O orçamento impositivo, ao mesmo tempo em que pode permitir um maior protagonismo do parlamento em relação à definição de aplicação de recursos públicos, pode também interferir no planejamento e na definição técnica das prioridades do SUS. Sendo que esse processo, deve ser ascendente, participativo²⁴, mas também técnico, principalmente para garantir a racionalidade implícita para a organização das RAS.

A bem da verdade, embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Conseqüentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS que expressa esse cenário em seus programas, ações

²² Essa lógica apresentada causa estranhamento, posto que no RS, e em estudo recente em relação aos recursos municipais no bloco de financiamento da APS, a Macrorregião metropolitana de Porto Alegre acusa a existência de saldos robustos em toda a série histórica do estudo (MACHADO, 2019).

²³ O populismo é uma política de massas. "As massas, interpretadas pelo populismo são originárias do proletariado, mas dele se distinguem por sua inconsciência das relações de espoliação sob as quais vivem" (GOMES, 2001). A liderança baseia-se no carisma e no clientelismo. "O populismo não se caracteriza como uma constelação fixa, mas sim como um arsenal de ferramentas retóricas (significantes flutuantes) que podem ter os usos ideológicos mais diversos" (LACLAU, 2005, p. 237).

²⁴ O processo participativo contempla: usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores. Sob essa perspectiva, as articulações são feitas no âmbito regional, com Resolução da Comissão Intergestora Regional (CIR), portanto a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) não interfere na decisão locorregional, apenas toma ciência da mesma.

e práticas clínicas é demonstrado por: (a) lacunas assistenciais importantes; (b) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (c) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (d) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (e) a pulverização dos serviços nos municípios; e (f) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2011).

De outro ponto de vista, a organização do SUS em Redes de Atenção exige empenho no sentido de um permanente estágio de negociação, de diagnóstico das necessidades de saúde da população, dentre outros. Os esforços têm sido no sentido de conter as demandas de mercado, invertendo a lógica até agora cristalizada, portanto, com foco na oferta de serviços e não necessariamente na demanda concreta da população, sendo necessário um movimento contra-hegemônico para romper esse tensionamento do mercado.

A lei estabelece, ainda, que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvindo seus órgãos deliberativos e compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL; CONASS, 2011). O processo de planejamento governamental, “[...] quando autêntico e patrocinado pela alta direção do governo, é a própria essência do ato de governar, do exercício do poder em profundidade [...]” (DE TONI, 2017, p.54). O planejamento estratégico²⁵ foi preterido pelo tático operacional, reafirmando que quando se funciona mal é porque

se planeja mal (DE TONI, 2017).

O planejamento na área da saúde utiliza diferentes instrumentos – Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual – em cada esfera de gestão (BRASIL; CONASS, 2011). Essa lógica apresenta coerência no sentido de partir do diagnóstico das necessidades, da organização da capacidade instalada, garantindo a integralidade e o acesso universal.

Há três instrumentos de planejamento do gasto público: Plano Plurianual, lei que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas do Governo pelo período de quatro anos, sendo revisada anualmente; Lei de Diretrizes Orçamentárias, estruturante para o orçamento e anterior à Lei Orçamentária, define as prioridades e metas da administração pública para o exercício financeiro seguinte e orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual; e Lei Orçamentária Anual, que estima as receitas e autoriza as despesas do Governo para o exercício financeiro seguinte de acordo com a previsão de arrecadação (BRASIL; CONASS, 2011).

Esse contexto ainda é mais agravado pela crise econômica e política em que se encontra o país. De qualquer forma, são inúmeros os temas que causam inquietações e exigem preocupações futuras. Nesse sentido, o planejamento e o equacionamento dos resultados positivos dos sistemas de saúde, implica que os gestores viabilizem mais acesso e qualidade dos serviços, considerando ser uma das ações mais importantes no nível da gestão. Para tanto, é necessária uma construção social coletiva, portanto, com ampla participação de diversos sujeitos. Por isso, o planejamento governamental

[...] é, por definição, um processo político coletivo, coordenado pelo Estado, que, por meio do aumento da capacidade de governo, realiza um projeto estratégico de sociedade. Essa definição supera o marco das teorias administrativas limitadas pela análise de eficiência e eficácia, está muito além do debate econômico sobre a mera alocação de recursos e muito além da simples aplicação de modelos gerenciais de bolso e heurísticas econométricas (DE TONI, 2017, p. 54).

²⁵ “Nenhum país tem como se desenvolver se não possuir um projeto de nação, uma imagem objetiva à qual se apegam como bússola balizadora de sua trajetória. Planeja-se para este percurso” (DE TONI, 2017, p. 54). No setor público, o PPA é o instrumento de planejamento que atende o prazo mais longo (quatro anos).

Essa conjugação de fatores aponta na direção de que, na saúde, também se tenha o mesmo patamar de dificuldades quanto ao planejamento. O argumento central deste artigo é, a despeito do impacto negativo do orçamento impositivo, e que as emendas parlamentares provocarão nas RAS, particularmente quando subordinadas a estratégia do ciclo eleitoral.

Considerações finais

É preciso considerar-se que as emendas parlamentares acabam, sob uma perspectiva, por se traduzirem num importante incremento de recursos para os gestores ampliarem o gasto. Isso tem um reflexo ainda maior em um momento em que se tem uma política fiscal restritiva e conservadora. De outro modo, quando a gestão não assume de fato a responsabilidade na condução do sistema, essa lógica do incremento pode não oferecer a qualificação do acesso esperado e, talvez, no máximo, ofereça a ampliação da rede de atenção. Nessa esteira de pensamento, o conceito de suficiência é o mais complexo do processo, considerando-se o comportamento de mercado e a mercantilização da saúde.

Só uma ação coordenada e participativa permitirá a inclusão de sistemas de inovação na política de saúde e que também impacte na saúde da população. Não há soluções mágicas e disruptivas nesse cenário. Por isso, concorda-se com De Toni (2017) quando ele apresenta os três critérios básicos para distinguir processos de planejamento participativos dos não participativos, fundamental quando se pensa a política de saúde.

O empoderamento dos participantes nas arenas de disputa e pactuação poderá, inclusive, como um dos resultados desse processo, consolidar o espaço esperado de governança no SUS. O segundo é a existência de uma comunicação e transparência de procedimentos, garantindo a possibilidade do encontro entre as diferentes visões sobre a organização do SUS. E, por último, é preciso mecanismos de monitoramento e avaliação de resultados autoconstituídos e regu-

lados, considerando-se que, se os participantes não tiverem mecanismos de responsabilização pelos resultados projetados, as metas podem ser ainda mais difíceis de serem atingidas.

O que se pode concluir até aqui é que, quando os dados são analisados sob a perspectiva da distribuição por subfunção na área da saúde, evidencia-se que os recursos estão sendo direcionados para a média e alta complexidades, bem como os fundos estaduais de saúde aparecerem quando o olhar recai na distribuição entre os dez maiores beneficiados com os maiores valores distribuídos de emendas parlamentares em 2018 e 2019. Essa contradição em relação ao discurso de que a atenção primária é prioridade e a inversão do modelo de atenção à saúde materializam as disputas concretas de recursos e de modelo, que mitigam a organização do sistema de saúde brasileiro.

Isso significa reconhecer que o esforço que vem sendo realizado para ofertar os serviços necessários e estabelecer os fluxos de referência na rede de assistência exige uma racionalidade para a composição necessária no sentido de organização das RAS. Entretanto, isso é fragilizado quando os prestadores, especialmente os de níveis secundário e terciário, buscam alternativas de financiamento tensionando os gestores e/ou pelas relações políticas de representação para atender seus interesses.

Essa prática, pressionada por consórcios, fundações que administram hospitais e os hospitais de pequeno porte (HPP)²⁶, pode descaracterizar, em parte, o que é organizado pelos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, bem como a organização das referências, dos vazios assistenciais, o que a Programação Regional Integrada (PRI) pretende estabelecer e, não necessariamente construindo a lógica da equidade na distribuição dos recursos. Por outro lado, a ausência de parâmetros para a contratação de prestadores no conjunto do estado determina que ocorram distorções de região para região, facilitando o tensionamento prestador e/ou atravessadores do sistema.

Toma-se aqui a reflexão de Liguori (2017) na sua análise da representação política, da democracia

²⁶ Ver estudo solicitado ao Banco Mundial, intitulado "Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil", que apresenta uma análise das dificuldades enfrentadas pelo País, inclusive em relação aos hospitais de pequeno porte.

e do Estado brasileiro. A autora afirma que os setores organizados da sociedade civil brasileira, como os partidos políticos, têm cada vez menos representado os anseios do povo com suas táticas de hegemonia e luta por permanência no Estado.

De outra forma, admite existir uma espécie de captura da sociedade civil pelo Estado democrático por meio, fundamentalmente, do governo representativo. Assim, “[...] existe uma concentração de poder no Estado ocasionando um processo de expropriação dos direitos sociais e uma fissura cada vez maior entre os representantes e o povo” (LIGUORI, 2017, p. 1).

Mesmo reconhecendo tal afastamento, os parlamentares podem, com o orçamento impositivo, através de suas emendas, opinar ou influir na alocação de recursos públicos em função de compromissos políticos que assumiram durante seu mandato, tanto junto aos estados e municípios quanto a instituições. Do ponto de vista das relações entre Executivo e Legislativo, o uso da execução orçamentária como instrumento de barganha política já é conhecido (FIGUEIREDO, 2008).

As emendas parlamentares são tradicionalmente utilizadas para aprovar recursos para projetos que agraciam as bases eleitorais dos congressistas, mesmo que tenham que enquadrar os recursos nos programas existentes no Ministério da Saúde. No caso da saúde, o componente das programações incluídas por emendas individuais são, em geral, demandas eletivas, específicas e localizadas (transferências voluntárias), que nem sempre possuem o atributo de universalidade e generalidade exigido nas programações destinadas ao atendimento do sistema de saúde pública.

Por fim, ressalta-se a necessidade do controle social analisar a execução desses recursos, posto que a comprovação de sua aplicação quando transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado por meio de relatório de gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Nesse sentido, é necessária uma maior apropriação pelos Conselhos de todos os instrumentos de gestão, bem como a com-

preensão do impacto do incremento financeiro, que se caracteriza como temporário no sistema através das emendas parlamentares. Com isso, as disputas por recursos entre Executivo e Legislativo devem ser permanentes e cada vez mais acirradas a cada período eleitoral, considerando-se a dança entre partidos.

A crise orgânica que já era enfrentada tende, a partir deste momento, a ser apurada, levando-se em conta a pandemia presente e o cenário econômico atual e futuro. O Estado terá que se fazer efetivamente presente, atendendo diferentes demandas da sociedade, no sentido de amenizar as consequências remanescentes desse momento vivido que, de qualquer sorte, deve intensificar as disputas por recursos. Nesse sentido, a crise instalada pode ser uma boa oportunidade para uma renovação, um recomeço.

Referências

ALETRAS V.; JONES, A.; SHELDON T. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B. *et al. Concentration and choice in healthcare*. London: Royal Society of Medicine Press, 1997.

BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Revisão das despesas públicas. *Síntese*, v. 1, nov. 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015*. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019*. Altera os artigos 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc100.htm. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 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. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTzC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 102, de 26 de setembro de 2019*. Dá nova redação ao art. 20 da Constituição Federal e altera o art. 165 da Constituição Federal e o art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc102.htm. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. *Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os artigos 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 15 set. 2000.

BRASIL. Congresso Nacional. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – Câmara dos Deputados. *Estudo Técnico Conjunto nº 1, de 2015*. O Regime do Orçamento Impositivo das Emendas Individuais – Disposições da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, e da LDO 2015, 18/03/2015. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2015. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/orcamento>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. Resolução nº 1, de 21 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do art. 166 da Constituição, bem como a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 4, seção 1, 26 dez. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*. Brasília: CONASS, 2011. 132 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 8).

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados: Coordenação de Publicações, 1998, 293p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994*. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1994/decreto-1232-30-agosto-1994-449622-norma-pe.html>. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL. *Orçamento impositivo: a execução obrigatória da despesa aperfeiçoaria a gestão pública*. Brasília, DF: Senado Federal: Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle, 2013. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496344>. Acesso em: 26 fev. 2015.

BRASIL. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em: 02 dez. 2019.

CAMBRAIA, Túlio. *Planilha Execução Emendas*. Dados preliminares. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014.

CONGRESSO NACIONAL. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados; Consultoria de Orçamento, Fiscalização e Controle do Senado Federal. *Nota Técnica Conjunta nº 1, de 2015*. Considerações acerca dos vetos ao PLDO 2015 (Mensagem Presidencial nº 1/2015). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2015. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-mar.2017uniao/estudos/2015/ESTC01_2015.pdf. Acesso em: 07 de mar. 2017.

CONTI, José Maurício. *Contas à vista*. Orçamento impositivo é avanço para administração. *Conjur*, [s. l.], 7 maio 2013. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2013-mai-07/contas-vista-orcamento-impositivo-avanco-administracao>. Acesso em: 25 set. 2014.

DE TONI, Jackson. *O futuro do planejamento governamental no Brasil, políticas públicas e crise institucional*. 2017. Trabalho preparado para sua apresentação no 9º Congresso Latino-Americano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-Americana de Ciência Política (ALACIP), Montevidéu, 26 ao 28 de julho de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc102.htm. Acesso em: 07 ago. 2019.

FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub; LIMONGI, Fernando. *Política orçamentária no presidencialismo de coalizão*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

GOMES, Ângela de Castro. O populismo e as ciências sociais no Brasil: notas sobre a trajetória de um conceito. In: FERREIRA, Jorge (org.). *O populismo e sua história: debate e crítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p. 17-58.

GONTIJO, Vander. Orçamento Impositivo e o Contingenciamento de Emendas Parlamentares. *Estudo Técnico CONOF/CD nº 10/2013*. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/EST10.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

GREGGIANIN, Eugênio. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. *Estudo Técnico nº 16, de 2014*. Pesquisa de Opinião junto aos Gabinetes Parlamentares da Câmara dos Deputados: Emendas Orçamentárias: Importância para os Municípios, Execução das Emendas, Orçamento Impositivo, Orçamento Participativo. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 06 out. 2014.

LACLAU, Ernesto. *La razón populista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

LIGUORI, P.A. de. *Representação política, democracia e estado brasileiro: uma análise sociopolítica*. Revista UEMG, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/anaisbarbacena/article/view/3105>. Acesso em: 12 maio 2019.

MACHADO, Rebel Zambrano. *Recursos financeiros em saúde nos municípios gaúchos: atenção, gestão e financiamento um tripé indissociável e seus dilemas*. 2019. 256 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2019.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Eduardo Bastos Furtado de. *A constituição-nalização das finanças públicas no Brasil: devido processo orçamentário e democracia*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

OLIVEIRA, Weder de. *Curso de responsabilidade fiscal: direito, orçamento e finanças públicas*. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

PIERINI, Alexandre José. Grupos de interesses, de pressão e lobbying – revisitando os conceitos. *CS Online – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, ano 4, ed. 10, maio/ago. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17158>. Acesso em: 17 jun. 2016.

PISCITELLI, Roberto B. Orçamento impositivo x Orçamento Autorizativo. In: SANTA HELENA, Eber Zoehler. *Competência parlamentar para geração e controle de despesas obrigatórias de caráter continuado e de gastos tributários*. Biblioteca Digital Câmara dos Deputados Federais, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/orcamento-em-discussao/edicao-16-2015-o-orcamento-impositivo-das-emendas-individuais-disposicoes-da-emenda-constitucional-no-86-de-2015-e-da-l-do-2015>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. *Orçamento impositivo: viabilidade, conveniência e oportunidade*. Biblioteca Digital Câmara dos Deputados Federais, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/3/browse?value=Piscitelli%2C+Roberto+Bocaccio&type=author>. Acesso em: 14 fev. 2019.

RONDINELLI, D. A. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (ed.). *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. New York: Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

SILVA, José de Ribamar Pereira da. Lei orçamentária impositiva – uma determinação da Constituição Federal. *Revista da Associação Brasileira de Orçamento Público*. ls. l.l, v. 24, n. 48, p. 185-217, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.abop.org.br/arquivos/Revista%2044.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 fev. 2019.

TOLLINI, Hélio Martins *et al.* *Nota Técnica CONOF-CD nº 10/2013*. PEC nº 565/2006 – Orçamento Impositivo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2013/nt10.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

Rebel Zambrano Machado

Assistente Social. Doutora em Serviço Social, Políticas e Processos Sociais, pelo PPGSS, Escola de Humanidades, PUCRS. Especialista em saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Professora e Pesquisadora da Faculdade São Francisco de Assis em Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência:

Rebel Zambrano Machado
Faculdade São Francisco de Assis
Av. Sertório, 385 – Navegantes,
CEP: 91020-001
Porto Alegre, RS, Brasil.