



Enap

Escola Nacional de Administração Pública

Diretoria de Formação Profissional
Coordenação-Geral de Especialização

30
Enap anos

**Orçamento impositivo:
a experiência na saúde
e suas contribuições
para o SUS**

Brasília – DF
Julho/2016

Orçamento impositivo: a experiência na saúde e suas contribuições para o SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública 10ª edição.

Professor Orientador: Prof. MSc. Rodrigo Lino de Brito

ORÇAMENTO IMPOSITIVO: A EXPERIÊNCIA NA SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS

Autora: Mariana Helcias Côrtes G.
Sagastume
Escola Nacional de Administração
Pública

RESUMO

O cenário do financiamento público foi alterado em 2015, quando se tornou obrigatória a execução do montante financeiro aportado por emendas individuais. Assim, é razoável antever que a destinação das emendas parlamentares precisará ser gerenciada, buscando alinhamento entre as políticas públicas e a destinação dos recursos. O contexto da saúde foi selecionado para este trabalho exploratório, dado o potencial impacto dessa alteração nesse campo. Analisou-se em que medida as emendas parlamentares ao Sistema Único de Saúde – SUS, entre 2012 e 2015, estavam alinhadas aos objetivos e metas do sistema e como isso aponta para os alinhamentos entre o Executivo e o Legislativo. Foram realizadas análises quantitativas e qualitativas, procurando responder se as emendas impositivas contribuem para o fortalecimento do financiamento da Política de Saúde e para o alcance dos seus objetivos e metas. Caso os resultados fossem negativos, também se pretendeu avaliar de que forma isso pode ser concretizado.

Palavras-chave: Orçamento impositivo. Políticas Públicas em Saúde. Emendas parlamentares.

1) Introdução

Desde sua instituição, em 1988, o processo de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) perpassa pelo debate de seu financiamento – fontes, estabilidade, qualidade do gasto.

Deve-se ter em mente que os recursos públicos destinados ao SUS são regidos, primordialmente, pelos três princípios doutrinários do sistema (universalidade, integralidade e equidade), bem como pelos seus princípios organizacionais – **descentralização**, regionalização, hierarquização e participação comunitária (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

O debate sobre o financiamento do SUS, contudo, não pode ser distanciado de um debate jurídico. Isso porque a Constituição Federal de 1988 estabeleceu como **competência comum** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública. Mas a realidade mostra que o pacto federativo vigente aporta competências semelhantes para entes com capacidades operacionais e administrativas bastante díspares (BRASIL, 1988).

De forma controversa, como será aprofundado, a resposta à reivindicação por fontes estáveis para as despesas em saúde se formalizou pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000 (EC n.º 29), que procurou regulamentar o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição – o qual determina que, por meio de Lei Complementar, seriam definidos percentuais mínimos de aplicação em saúde (ou em ações e serviços públicos em saúde – ASPS) para todos os entes, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e de controle. O escopo dos gastos em ASPS foi estabelecido pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, enquanto que, pelo texto da referida emenda 29, também houve previsão de um cenário de transição para o financiamento em saúde.

Com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2014 (Lei n.º 12.919, de 26 de dezembro de 2013) outra inovação quanto à execução dos gastos em saúde foi implementada a partir do chamado orçamento impositivo (emendas parlamentares individuais que se tornaram impositivas ao orçamento próprio da saúde). Diz o artigo 52 da citada LDO/2014, *in verbis*:

Art. 52. É **obrigatória a execução orçamentária e financeira**, de forma equitativa, da programação **incluída por emendas individuais** em lei orçamentária (...) em montante correspondente a 1,2% da receita corrente líquida realizada no exercício anterior.

§2º (...) Não serão de execução obrigatória os casos dos impedimentos de ordem técnica (**grifo nosso**).

Assim, no período recente houve alteração na conjuntura federativa, principalmente em relação à correlação entre os Poderes Executivo e Legislativo, tendo em vista a convalidação do orçamento impositivo, a partir de uma Proposta de Emenda à Constituição – primeiramente como LDO para 2014 e, mais recentemente, como Emenda Constitucional n.º 86 (EC n.º 86). Tornou-se obrigatória a execução do montante financeiro aportado pelas emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, sendo a metade deste percentual destinada a ações e serviços públicos de saúde. Assim, *in verbis*:

Art. 1º. Os arts. 165 166 e 198 da Constituição Federal passam a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 165.

§ 9º Cabe à lei complementar:

(...)

III - dispor sobre critérios para a execução equitativa, além de procedimentos que serão adotados quando houver impedimentos legais e técnicos, cumprimento de restos a pagar e limitação das programações de caráter obrigatório, para a realização do disposto no § 11 do art. 166.

Art. 166.

(...)

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

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

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

(...)

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

(...)

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

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

Esta análise busca compreender a situação atual do orçamento impositivo no SUS, avaliando possíveis estratégias de aproximação desta fonte de recursos na direção de políticas de saúde redistributivas de âmbito nacional. Buscou-se compreender em que medida as propostas de emendas impositivas estão alinhadas com os objetivos e metas oficiais do Ministério da Saúde (MS), bem como quais são os possíveis alinhamentos a serem realizados.

Assim, como Objetivo Geral propôs-se “analisar se as emendas parlamentares ao orçamento da Política de Atenção à Saúde constantes do Orçamento Geral da União para a

Atenção Básica contribuem para o fortalecimento do financiamento da Política de Saúde, em especial para o alcance dos objetivos e metas definidos no âmbito desta política”.

Como Objetivos Específicos, procurou-se:

- Avaliar a relevância do montante de recursos de emendas parlamentares individuais ao orçamento federal da Saúde.
- Identificar quais os objetivos e metas definidos como prioritários pelos gestores federais da política de Atenção Básica para o período de 2012 a 2015;
- Levantar e organizar as emendas parlamentares individuais ao orçamento da Política de Atenção Básica aportadas ao Orçamento Geral da União, para o período de 2012 a 2015 e avaliá-las de acordo com o seu alinhamento com os objetivos e metas da Política de Saúde do mesmo período;
- Explorar possíveis estratégias para que as emendas parlamentares individuais possam contribuir com fortalecimento da Política de Saúde, de acordo com os objetivos e metas definidos pelo SUS.

2) Notas teóricas sobre orçamento público brasileiro e suas particularidades no campo da saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS teve seu marco institucional com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e, desde então, houve avanços nos seus normativos e regulamentos. Foi também pela Carta Magna que se estabeleceu o pacto federativo vigente (BRASIL, 1988).

Como um sistema altamente descentralizado, que depende da pactuação e da articulação com os demais entes federados, ao SUS se tornou imprescindível a evolução para novos formatos de parceria, em especial visando à descentralização de recursos financeiros para os entes que efetivamente implementam a Política. Por exemplo, para além dos tradicionais convênios entre os entes, o setor saúde inovou com as transferências Fundo a Fundo (FaF), bem como instituiu, ainda em 1991, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como sua instância de coordenação federativa entre entes dos três níveis e dedicada à negociação e pactuação de decisões para o funcionamento da política de saúde (PALOTTI; MACHADO, 2014).

Assim, a Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) institui no seu art. 34:

As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada **transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde – FNS**, observado o

critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (**grifo nosso**).

O art. 3º da Lei n.º 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) reitera a previsão de repasse, de forma regular e automática, para os municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei n.º 8.080/1990.

O aperfeiçoamento dos gastos em saúde vem sendo acompanhado do conceito de descentralização (que, na saúde, sempre foi igual à municipalização e à democratização), de maneira que, concomitante à transição democrática houve, na década de 1990, um intenso movimento de descentralização orçamentária na saúde - normatizada pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/93 e NOB 01/96), das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002), do Pacto pela Saúde (Portaria n.º 399/2006) e do Decreto n.º 7.508/2011.

Entretanto, foi apenas com a portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007, que o Ministério da Saúde deixou de realizar transferências financeiras para mais de 70 diferentes contas e organizou o repasse em cinco (05) blocos de financiamento (com a incorporação, em 2009, do sexto bloco de investimentos) (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014).

Em relação ao pacto federativo vigente, é importante acrescentar detalhes para contextualizar a situação atual. Apesar de ter havido incremento real de 114% no volume total de recursos públicos destinados ao setor saúde com a EC n.º 29/2000¹, a participação do governo federal neste total foi reduzida, caindo de uma média de 60% no exercício 2000 para 45% em 2010 (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014).

Em que pese o forte movimento municipalista da saúde, a grande descentralização de recursos não tem se refletido, em igual proporção, na melhoria de acesso e na prestação de serviços públicos em saúde, assim como também manteve a União como o principal *agenda settler* na saúde – já que é o nível central quem propõe as deliberações em mais de 90% das vezes na CIT (PALOTTI; MACHADO, 2014). Esse último dado, somado ao fato de que quase metade das pactuações na CIT dizem respeito a recursos financeiros, destacam a relevância desse tema nas relações federativas.

¹ “O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º (...). Art.198 § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º”.

A partir da EC n.º 29/2000, o gasto em saúde estava diretamente atrelado a um indicador de crescimento econômico (Produto Interno Bruto – PIB), o que vinha se mostrando controverso para o planejamento do Ministério da Saúde, principalmente por sua vinculação ao PIB Nominal não ser uma fonte estável de recursos, que garanta a expansão da oferta de serviços.

Deve-se considerar, também, o cenário de transição previsto entre a EC n.º 29/2000 e a EC n.º 86/2015: até o exercício de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no caso da União, ao montante empenhado em ASPS no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento (5%), para o exercício financeiro 2000; e ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB, para os exercícios 2001 a 2004. Ficou o Congresso Nacional incumbido de regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos fossem, efetivamente, empregados no SUS – o que aconteceu com a aprovação da Lei Complementar n.º 141/2012.

A norma complementar de 2012 manteve o investimento mínimo previsto para os entes subnacionais e estabeleceu ainda que, em caso de variação negativa do PIB, o valor de investimento não poderia ser reduzido no ano seguinte, em termos nominais.

Além da incorporação do orçamento parlamentar impositivo (limitado a 1,2% da Receita Corrente Líquida – RCL), pela EC n.º 86, a nova base constitucional para a aplicação mínima em ASPS a partir de 2016 (primeiro exercício subsequente ao da vigência da EC n.º 86) será a RCL da União, sendo de 13,2% em 2016, de 13,7% em 2017, de 14,1% em 2018, de 14,5% em 2019 e de 15% a partir de 2020.

Em análises preliminares, Funcia (2015) avalia que ganhos para o financiamento do SUS somente deverão ser obtidos a partir de 2018, com a elevação gradual do percentual da receita corrente líquida até o limite de 15%. Contudo, até lá, a combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional deverá agravar o quadro de subfinanciamento do SUS para os entes, provavelmente, até 2017.

Possivelmente, tal subfinanciamento será sobrecarregado também pela possibilidade de os recursos serem dissipados, caso as emendas impositivas sigam uma lógica personalista para as bases eleitorais dos parlamentares. Entretanto, cria-se, na mesma medida, a oportunidade de que mecanismos de coordenação e articulação sejam utilizados para a alocação de recursos, em especial em atividades que costumam ser esquecidas (RENNÓ JÚNIOR; PEREIRA FILHO, 2103).

Para além das inovações anteriormente citadas (foco principal deste trabalho), observa-se a necessidade, ainda premente, de um equilíbrio, atrelado à (re)definição sobre competências, responsabilidades e integração entre os diferentes atores que compõem o universo da saúde. A governança a ser discutida também pode ser compreendida como uma estrutura definida de responsabilização e de incentivos que sancionam ou premiam o desempenho (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014).

Também se devem incorporar, a este debate, as características peculiares da lei orçamentária no Brasil. Esta lei tem natureza temporária (de um exercício financeiro) e é de aplicação não direta ou imediata, tendo em vista que sua execução financeira depende da arrecadação efetiva para viabilizar as receitas, além de fatores externos no que diz respeito às despesas (CONTI, 2007).

O cumprimento, portanto, da lei orçamentária, deve restar entre dois extremos: não se trata de um ordenamento jurídico rígido e que disponha de completa exigência em fazer; mas não pode, de forma alguma, ser considerado como um normativo meramente formal e inócuo para o planejamento e gestão governamentais. Este caráter autorizativo, associado ao controle sobre a liberação dos recursos do orçamento brasileiro, oferecem bastante independência ao Poder Executivo na definição das transferências voluntárias (Rennó, 2013).

Não se deve olvidar que as leis aprovadas pelo Parlamento devem refletir a vontade popular, de maneira que a fiel aplicação do orçamento também indica respeito à democracia, à independência e à autonomia dos poderes, e ao planejamento e à gestão eficientes da administração pública (CONTI, 2007).

À luz do cenário atual – em que há maior aporte global de recursos, associado à necessidade de rediscussão das competências e do pacto federativo, mas com pouca resolutividade para a população –, seria adequado aproveitar o ensejo para conciliar as propostas de emendas parlamentares no sentido de apoiar projetos, planos e diretrizes já mapeados pelo próprio SUS. Seria também propício buscar atender aos princípios constitucionais do SUS (universalidade no atendimento, integralidade da assistência e equidade do serviço ofertado), considerando que tais princípios não foram ainda plenamente alcançados.

a) Alguns aspectos do planejamento de políticas públicas de saúde

O processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde ocorre por meio de peças formais de planejamento (a exemplo do PPA, LDO e LOA), bem como de instrumentos específicos do SUS. Essa proposta de trabalho, ao mesmo tempo em que se utiliza de documentos oficiais, possibilitou que o setor saúde desenvolvesse técnicas específicas e harmoniosas aos processos já consolidados no governo. O processo de planejamento, monitoramento e avaliação do MS nos últimos anos se deparou com a necessidade de conciliação entre os diversos instrumentos – no contexto do período relativo a este trabalho são citados: o PPA 2012/2015; o novo Planejamento Estratégico do MS; o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012/2015; e, por fim, a Programação Anual de Saúde (PAS), com ações, recursos e outros elementos voltados para o cumprimento das metas do PNS² (Ministério da Saúde, 2013).

Dessa forma, em 2011, o MS se empenhou para formalizar um Planejamento Estratégico (PE), que compatibilizasse o cerne desses instrumentos. Como resultado, foram, então, formulados 16 objetivos estratégicos (OE) que, como norteadores institucionais, passaram a fundamentar a visão de futuro do MS para a gestão de 2012 a 2015 (Ministério da Saúde, 2013).

Para dar conta do desafio de ampliar os serviços de saúde, visando à integralidade, o Ministério da Saúde tem apostado na criação de Redes de Atenção à Saúde. Levando-se em conta que a atenção básica (AB) é o recorte da saúde para este trabalho (conforme será mais bem descrito ao longo da apresentação metodológica deste trabalho), no contexto da AB a proposta procurou estabelecer um padrão de qualidade em todo o País, com a integração da Estratégia Saúde da Família ao modelo de atenção integral à saúde, além da adequação física, reforma e ampliação de unidades básicas de Saúde e construção de novas unidades (Ministério da Saúde, 2013).

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da realidade dos municípios. Como a rede ordenadora dos serviços, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de

² O PNS é a peça de planejamento que contempla ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e os desafios do setor Saúde e é aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O PNS tem como função principal orientar e estruturar as linhas de atuação programáticas que serão entregues à população na forma de ações e serviços de Saúde e se constitui em requisito legal, de vigência quadrienal, para o balizamento da gestão de cada esfera de governo e do respectivo controle social. O PNS 2012/2015 é composto por dois momentos complementares: a análise de situação de saúde brasileira e a definição de objetivos, diretrizes e metas.

comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, as UBS são instaladas dentro da lógica do território, próximas de onde as pessoas moram, trabalham, estudam. Assim, dotar estas unidades da infraestrutura necessária para garantir este atendimento foi alçado a um dos principais desafios do SUS.

Por sua vez, os recursos repassados na modalidade fundo a fundo para o Piso da Atenção Básica – PAB foram reconfigurados em 2012, de maneira que o desenho do financiamento federal para a atenção básica passou a combinar critérios de equidade (já que o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas) com o critério de qualidade (o novo modelo da Estratégia Saúde da Família criou um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite).

Dentro do cenário acima, o OE 01³ refere-se diretamente à AB e foi utilizado como referência para as análises, na sequência. Os outros OE da Saúde para o quadriênio 2012/2015 se encontram no Anexo C.

3) Metodologia

Tendo em vista o volume de recursos e de propostas viabilizadas no âmbito do SUS (seja por via de emendas parlamentares, seja pela programação própria do Ministério), foi preciso fazer recortes no universo a ser pesquisado, visando alcançar resultados mais robustos.

Segundo a lógica estabelecida pelos princípios organizacionais do sistema – citados anteriormente –, a atenção à saúde está estruturada de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Assim, os serviços de saúde são classificados entre os níveis de atenção primário (ou atenção básica), secundário e terciário (ou média e alta complexidade), conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. A imagem associada a essa hierarquização é a de uma pirâmide, em cuja base se encontram os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funcionariam como a porta de entrada para o sistema. No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta

³ OE 01: Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica e a Atenção Especializada.

complexidade, fortemente especializados. Assim, dito de outra forma, os serviços de atenção à saúde que não estão contemplados pela atenção básica (AB) e que dependem de algum nível de especialidade são também chamados de atenção especializada (AE).

A forma como o financiamento federal das ações em saúde está organizado acaba por destinar maior volume de recursos para a Média e a Alta Complexidade/Atenção Especializada, tanto pelas emendas quanto pela programação própria.

Neste estudo, optou-se por contemplar as emendas parlamentares destinadas à atenção básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e indicadas entre os exercícios 2012 e 2015 (período também relativo ao último Plano Plurianual – PPA). Deve-se registrar que as informações disponibilizadas quanto às emendas para a AE foram acessadas; todavia, tendo em vista o cronograma e o escopo deste trabalho, não se considerou viável sua análise – pelo volume e pela atual falta de detalhamento de algumas informações (tais como os tipos de serviços e as políticas ou redes de atenção à saúde beneficiadas) que seriam necessárias para qualificar as propostas da AE financiadas pela ação orçamentária 8535 – ação orçamentária “guarda chuva” para as propostas de emendas – nos sistemas de informação do Ministério.

A pesquisa utilizou a ferramenta SIGA Brasil⁴, disponibilizada no sítio eletrônico do Senado Federal para acesso às informações orçamentárias e financeiras. Utilizaram-se os Universos “*LOA Elaboração Parecer Emenda*” para busca dos dados, atualizados, referentes à dotação em Lei Orçamentária por emendas parlamentares. Para a pesquisa sobre a Execução Orçamentária, foi preciso buscar o Universo “*LOA Despesa Execução*” de cada exercício, na mesma ferramenta do Portal do Orçamento.

Considerando o tema deste artigo, a busca foi restrita para as informações sobre as emendas destinadas à Unidade Orçamentária (UO) do Fundo Nacional de Saúde – FNS (UO 36901) - representando todas as emendas parlamentares destinadas ao Ministério da Saúde, em termos de Dotação (resultado apresentado pela consulta “*LOA Elaboração Parecer Emenda*”), Empenho e Pagamento (dados provenientes da consulta “*LOA Despesa Execução*”) a cada exercício.

Na sequência, os mesmos dados foram buscados para as emendas destinadas apenas às políticas de Atenção à Saúde, de responsabilidade da SAS – quando a pesquisa foi assim definida: (1) na consulta “*LOA Elaboração Parecer Emenda*” foram selecionados os dados

⁴ SIGA Brasil é um sistema de informações sobre orçamento público do Senado Federal que permite acesso amplo e facilitado ao Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI). O SIAFI consiste no principal instrumento utilizado para registro, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do Governo Federal. Para acessar o SIGA Brasil: <http://www12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil>

dos Programas finalísticos da assistência à saúde⁵; (2) a busca por ações orçamentárias também se dedicou àquelas específicas da SAS, as quais estão descritas no Anexo A. Finalmente, para as ações orçamentárias da atenção básica, a pesquisa foi mais uma vez restringida, desta vez para as ações constantes do Anexo B – e que se referem às ações orçamentárias destinadas à AB em saúde.

Aqui, cabe dar destaque a algumas especificidades e limitações do estudo. No âmbito da AB, foram incluídas as ações orçamentárias tradicionalmente consideradas como AB (a exemplo do Piso de Atenção Básica, partes Fixa e Variável, da Expansão da Estratégia Saúde da Família e da Estruturação da AB); e também a Implantação de Academias da Saúde (que, atualmente, é viabilizada apenas por recursos de emendas parlamentares, mas não está no escopo de ASPS pela Lei Complementar n.º 141).

Da mesma forma, foi incluída a Saúde Bucal – embora esta última possibilite tanto o atendimento primário em Saúde Bucal quanto à construção de Centros Especializados Odontológicos – CEO, os quais são estruturas da Atenção Especializada. Também não se considerou viável separar e excluir o volume de recursos destinado para a saúde bucal da AE, tendo em vista que quando da indicação parlamentar para uma emenda na ação orçamentária da Saúde Bucal, não é definido, preliminarmente, se os recursos financiarão a saúde bucal da AB ou da AE. Desta forma, essa diferença somente poderia ser identificada em outra fase, quando da formalização de uma proposta de trabalho – detalhamento que não caberia dentro da metodologia e do escopo apresentados neste trabalho. Considerando, ainda, que todas as propostas para a saúde bucal (sejam para a AB ou para a AE) são consideradas integrantes da mesma marca de governo estratégica (o Brasil Sorridente) e constam da mesma Estratégia dentro do PE (qual seja, *Ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica*), optou-se por não fazer esta separação para os recursos da ação 8730.

Também foi incluída no rol da AB a ação de Manutenção de Unidades de Saúde (ação 4525), que igualmente possibilita a manutenção de Unidades Básicas de Saúde e de Unidades Especializadas em Saúde. Conforme será mais bem discutido ao longo da apresentação dos resultados deste documento, esta opção deve-se à característica própria da ação, que financia a manutenção, em custeio, para aquisição de suprimentos básicos e genéricos na saúde (como

⁵ Programa 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS; Programa 2115 – Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde; Programa 2069 – Segurança Alimentar e Nutricional; Programa 0909 – Operações Especiais: Outros Encargos Especiais; Programa 0910 – Operações Especiais: Gestão da Participação em Organismos Internacionais.

algodão, gaze e similares), que são utilizadas em variados serviços – o que exigiu tratamentos específicos para dar conta dos seus detalhes.

Para o detalhamento do orçamento executado na AB, foi utilizada como fonte de informações a ferramenta própria do MS para o cadastro de propostas. O Sistema de Cadastro de Propostas do Fundo Nacional de Saúde – SISPROFNS⁶ – é a porta de entrada para todos os tipos de propostas de financiamento (de custeio ou de investimento, por emendas parlamentares ou programação própria) do SUS. Pela ferramenta “*Consulta Propostas MS*” foram selecionadas todas as propostas cadastradas como emendas parlamentares nos exercícios 2012 a 2015.

Importante destacar que uma emenda parlamentar indicada pode gerar mais de uma proposta, enquanto que uma proposta apresentada no SISPROFNS pode ser financiada por mais de uma emenda. Esta relação irregular tem apresentado desafios à gestão das emendas pelo MS. Abaixo, a tabela apresenta o cenário para o período analisado em relação às propostas com cadastro realizado dentro do SISPROFNS. Conforme será observado mais a frente, após o cadastro no SISPROFNS, há várias situações possíveis (aprovação ou não quanto ao mérito e quanto aos quesitos econômicos e financeiros).

Tabela 1. Número de propostas cadastradas no SISPROFNS entre os exercícios 2012 e 2015. Brasil, 2016.

<i>Exercício</i>	<i>Propostas cadastradas (N)</i>
2012	5.930
2013	12.040
2014	16.482
2015	12.132
Total	46.584

Fonte: SISPROFNS, 2016. Elaborado pela autora.

A partir do apresentado acima, foram identificadas informações relevantes para os serviços de saúde em AB dentro do MS, tais como detalhamento dos serviços oferecidos por emendas parlamentares e a situação (aprovada, em diligência, reprovada) das propostas.

⁶ O Sistema de Cadastro de Propostas do Fundo Nacional de Saúde está disponível no link: <http://proposta.saude.gov.br/loginEntidade.jsf>

Paralelamente à análise quantitativa já descrita, foi realizada análise qualitativa, procurando complementar as informações por meio da análise do conteúdo (latente, para além dos conteúdos expressos ou explícitos) em entrevistas conduzidas com gestores-chave do Ministério, buscando identificar o encadeamento de ideias, de propostas e de estratégias de implementação da política de atenção à saúde (BRITO, 2007).

As entrevistas – que foram gravadas e transcritas – foram realizadas com base em um roteiro pré-definido (Apêndice A), com gestores nacionais do SUS a respeito da percepção desses atores sobre a contribuição das emendas parlamentares para o alcance dos objetivos e metas do SUS, bem como as estratégias e mecanismos para aprimoramento da relação entre os Poderes Executivo e Legislativo. Todos os entrevistados consentiram e autorizaram a gravação das entrevistas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado pela autora (Apêndice B). Foram selecionados quatro (04) atores-chaves no Ministério da Saúde, que atuam diretamente com o objeto de estudo:

- Gestor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde durante a última gestão, tendo atuado como uma das principais lideranças dentro do MS na gestão das emendas parlamentares antes e imediatamente após as mudanças legislativas com a LDO/2014 e a EC86;
- Gestor da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS;
- Gestor do Fundo Nacional de Saúde – FNS;
- Gestor do Departamento de Atenção Básica – DAB.

Após a transcrição das entrevistas, as falas ou segmentos das entrevistas considerados relevantes para o escopo definido foram destacados e relacionados com os objetivos específicos deste estudo, em categorias e subcategorias específicas detalhadas no Quadro 1, a seguir, pela técnica de classificação denominada de condensação de significados – na qual se toma uma frase ou segmento do texto como uma unidade de registro com significação para a categoria e subcategoria analítica (esta última também chamada de tema-chave) em questão (KVALE, 1996 *apud* BRITO, 2007). As categorias e subcategorias foram estabelecidas pela autora a partir dos conteúdos das entrevistas.

Quadro 1. Categorias e subcategorias analíticas (ou temas-chave) utilizados na Matriz de Condensação de dados.

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias/Temas-chave</i>
Organização Administrativa	Estrutura do Ministério da Saúde Aderência das emendas às políticas do SUS Regulação das emendas impositivas no SUS
Atores	Emendas Parlamentares e controle social Relação entre o Executivo e o Legislativo Avanços necessários (para o Ministério ou para o SUS)
Financiamento	Impacto financeiro da EC n.º 86/2015 Relevância das emendas no contexto atual Modelo de financiamento e predominância de recursos de investimentos no SUS

Fonte: elaborado pela autora. Brasil, 2016.

A condensação de significados objetiva organizar e sumarizar conteúdos para a apresentação de ideias-síntese quanto ao problema de pesquisa. A técnica permite uma abreviação dos significados encontrados no conteúdo dos registros, em formato condensado, porém sem perder a sua essência, o que possibilita transformar longos trechos de texto em notas mais curtas (KVALE, 1996 *apud* BRITO, 2007).

A partir da categorização acima, cada unidade de registro foi novamente sintetizada em temas centrais, por cada categoria analítica definida. Finalmente, na terceira etapa da análise, foi realizada a interpretação dos significados, apresentados em uma matriz – cujo modelo segue exemplificado como o Quadro 2, abaixo (ARAÚJO JR., 2000 *apud* BRITO, 2007).

Quadro 2. Matriz de condensação e interpretação de significados. Brasil 2016.

Fonte de dados:	
<input type="checkbox"/> Documento/Texto	
<input type="checkbox"/> Relato/Entrevista	
Objetivo Específico/Categoria analítica relacionados:	
Unidades de registro	Temas centrais

Trechos do material de pesquisa [fala, registro de campo, documento]	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão [num esforço de síntese de conteúdo]
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado	

Fonte: Adaptado de Brito (2007).

Assim, posteriormente ao trabalho de sumarizar ou sintetizar longos trechos de entrevistas no formato de categorias e subcategorias, foi realizado o movimento no sentido inverso pela técnica da interpretação, buscando ampliar os conteúdos resumidos em análises contextualizadas e que refletissem a integralidade das mensagens qualificadas das entrevistas e as interfaces entre ideias, conteúdos e análises. A interpretação de significados busca o sentido mais amplo das ideias e temas suscitados, devido a sua ligação com conhecimentos previamente adquiridos (ARAÚJO JR., 2000 *apud* BRITO, 2007).

4) Resultados e Discussão

a) Análises quantitativas

Considerando o escopo apresentado até aqui – vale resgatar, as emendas impositivas ao orçamento federal para ações da Atenção Básica em saúde entre os exercícios 2012 e 2015 –, entende-se como relevante apresentar um contexto prévio sobre os montantes e valores a que se referem tais ações orçamentárias.

Assim, para construção das Tabelas 2 a 4 foram pesquisados os valores empenhados e pagos, para valores de emendas, apenas pela Unidade Orçamentária do FNS⁷ e por meio das Unidades de Gestão Responsável (UGR) relativas a emendas⁸.

⁷ Unidade Orçamentária do FNS: UO 36901.

⁸ Unidades de Gestão Responsável relativas a emendas para o FNS: Emendas Individuais – 25900; Emendas de Bancada 250901; Emendas de Comissão – 250902 e Emendas de Relatoria – 25903.

Tabela 2. Dotação e execução orçamentária em emendas parlamentares para o Ministério da Saúde entre os exercícios 2012 e 2015. Brasil, 2016.

<i>Ministério da Saúde - MS</i>			
Exercício	Dotação (A)	Empenhado (B) B/A%	Pago (C) C/A%
2012	R\$11.187.147.786,00	R\$1.180.480.376,41 10,55%	R\$201.541.245,33 1,80%
2013	R\$19.511.430.035,00	R\$831.920.953,04 4,26%	R\$98.933.137,33 0,51%
2014	R\$7.333.057.185,00	R\$2.790.067.616,83 38,05%	R\$0,00 0,00%
2015	R\$7.117.498.035,00	R\$451.273.229,93 6,34%	R\$0,00 0,00%
Total MS	R\$45.149.133.041,00	R\$5.253.742.176,21 11,64%	R\$300.474.382,66 0,67%

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

Observa-se, pela tabela a seguir, que de fato, os grandes valores a que se referem as emendas parlamentares, dentro do MS, são fortemente destinados à SAS – a assistência em saúde é, historicamente, a área responsável pelas atividades que efetivamente oferecem serviços e atendimentos aos usuários, o que se reflete no seu alto custo.

Tabela 3. Dotação e execução orçamentária em emendas parlamentares para a Secretaria de Atenção à Saúde entre os exercícios 2012 e 2015. Brasil, 2016.

<i>Secretaria de Atenção à Saúde - SAS</i>			
Exercício	Dotação (A)	Empenhado (B) B/A%	Pago (C) C/A%
2012	R\$6.746.827.565,00	R\$1.130.202.676,23 16,75%	R\$201.405.452,56 2,99%
2013	R\$10.616.811.722,00	R\$830.818.954,88 7,83%	R\$98.933.137,33 0,93%
2014	R\$6.203.805.307,00	R\$2.788.618.056,83 44,95%	R\$0,00 0,00%
2015	R\$6.214.818.071,00	R\$451.273.229,93 7,26%	R\$0,00 0,00%

Total SAS	R\$29.782.262.665,00	R\$5.200.912.917,87 17,46%	R\$300.338.589,89 1,01%
------------------	-----------------------------	---	--

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

A seguir, este artigo passa a se dedicar exclusivamente às informações da AB.

Tabela 4. Dotação e execução orçamentária em emendas parlamentares para a Atenção Básica entre os exercícios 2012 e 2015. Brasil, 2016.

Atenção Básica - AB			
Exercício	Dotação (A)	Empenhado (B) B/A%	Pago (C) C/A%
2012	R\$2.788.195.999,00	R\$544.392.967,46 19,52%	R\$136.314.937,39 4,89%
2013	R\$2.357.449.327,00	R\$502.001.401,07 21,29%	R\$94.239.575,33 4,00%
2014	R\$2.573.261.749,00	R\$1.638.873.785,15 63,69%	R\$0,00 0,00%
2015	R\$2.551.967.324,00	R\$362.532.009,28 14,21%	R\$0,00 0,00%
Total AB	R\$10.270.874.399,00	R\$3.046.800.162,96 29,66%	R\$230.554.512,72 2,24%

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

No âmbito da SAS, a própria AB também é responsável por grande parte dos valores transferidos, conforme se observa pelos dados abaixo.

Tabela 5. Percentual de empenhos da AB em relação aos empenhos do MS e da SAS, nos exercícios 2012 a 2015. Brasil, 2016.

Exercício	Valores empenhados pela AB em relação ao MS (%)	Valores empenhados pela AB em relação à SAS (%)
2012	46,12%	48,17%
2013	65,44%	48,17%
2014	50,77%	50,79%
2015	80,34%	80,34%

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

Uma observação interessante é que o percentual de recursos efetivamente pagos em emendas se reduziu fortemente ao longo do período estudado, chegando a zero em 2014 e 2015. É de se registrar a recente situação de constrição financeira (a partir de 2014 e, mais fortemente, em 2015), situação que tem reduzido os limites financeiros disponibilizados para o órgão (para o MS), o que pode explicar o não pagamento de emendas entre 2014 e 2015.

A partir da mesma busca realizada anteriormente, nas Tabelas 6 a 9 constam os detalhes, apenas para a AB, dos valores executados em emendas parlamentares, por perfil da Unidade de Gestão Responsável (UGR) e detalhando por ação orçamentária.

Tabela 6. Perfil de execução das emendas parlamentares à AB, no exercício 2012.
Brasil, 2016.

<i>UG Responsável (UGR)</i>	<i>Ação (Código/Descrição)</i>	<i>Empenhado</i>	<i>Pago</i>
Emendas Individuais	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 40.685.745,67	R\$ 9.555.920,47
Emendas Individuais	8573 – Estratégia Saúde da Família	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8581 – Estruturação da AB	R\$ 489.217.501,79	R\$ 126.759.016,92
Emendas Individuais	8730 – Saúde Bucal	R\$ 1.000.000,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	8573 - Estratégia Saúde da Família	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	8581 - Estruturação da AB	R\$ 13.489.720,00	R\$ 0,00
Emendas de Relatoria	8581 - Estruturação da AB	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total exercício 2012		R\$ 544.392.967,46	R\$ 136.314.937,39

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

Os dados quantitativos indicam pouca diferença entre o executado no exercício 2012 e o executado em 2013, tanto em relação às ações orçamentárias financiadas quanto em relação a valores empenhados e pagos – apesar de leve redução nos valores empenhados e pagos em 2013.

Tabela 7. Perfil de execução das emendas parlamentares à AB, no exercício 2013.

Brasil, 2016.

<i>UG Responsável (UGR)</i>	<i>Ação (Código/Descrição)</i>	<i>Empenhado</i>	<i>Pago</i>
Emendas Individuais	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 9.799.982,71	R\$ 0,00
Emendas Individuais	20YL – Implantação de Academias da Saúde	R\$ 26.740.000,00	R\$ 36.000,00
Emendas Individuais	8573 – Estratégia Saúde da Família	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8581 - Estruturação da AB	R\$ 465.265.654,36	R\$ 94.203.575,33
Emendas Individuais	8730 – Saúde Bucal	R\$ 195.764,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	8581 - Estruturação da AB	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total exercício 2013		R\$ 502.001.401,07	R\$ 94.239.575,33

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

Entretanto, para o ano 2014, em que pese terem sido aportados e empenhados recursos de montante considerável para a AB, o mesmo não se observa para os valores pagos – ratificando o que já foi afirmado anteriormente.

Tabela 8. Perfil de Execução das Emendas Parlamentares à AB, no exercício 2014.

Brasil, 2016.

<i>UG Responsável (UGR)</i>	<i>Ação (Código/Descrição)</i>	<i>Empenhado</i>	<i>Pago</i>
Emendas Individuais	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 222.486.111,52	R\$ 0,00
Emendas Individuais	20YL – Implantação de Academias da Saúde	R\$ 7.400.000,00	R\$ 0,00
Emendas Individuais	4324 – Saúde de Populações Ribeirinhas	R\$ 6.699.981,65	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8581 - Estruturação da AB	R\$ 1.393.979.175,49	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8730 – Saúde Bucal	R\$ 8.308.516,49	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	8581 - Estruturação da AB	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Emendas de Bancadas	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total exercício 2014		R\$ 1.638.873.785,15	R\$ 0,00

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

O exercício 2015 apresenta valores bastante reduzidos em relação aos demais exercícios, tanto para o empenho quanto para o pagamento. Considerando que os valores em dotação para a AB em emendas entre 2014 e 2015 foram semelhantes (ver Tabela 4), fora o fato de que o MS passou a cumprir determinação legal (e, posteriormente, constitucional) de empenhar ao menos 50% das emendas individuais, é de se averiguar em estudos complementares a este os motivos que ensejaram essa baixa execução orçamentária em emendas no exercício 2015.

Tabela 9. Perfil de Execução das Emendas Parlamentares à AB, no exercício 2015.
Brasil, 2016.

<i>UG Responsável (UGR)</i>	<i>Ação (Código/Descrição)</i>	<i>Empenhado</i>	<i>Pago</i>
Emendas Individuais	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 122.282.523,90	R\$ 0,00
Emendas Individuais	20YL – Implantação de Academias da Saúde	R\$ 1.460.000,00	R\$ 0,00
Emendas Individuais	4324 – Saúde de Populações Ribeirinhas	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8581 - Estruturação da AB	R\$ 238.789.485,38	R\$ 0,00
Emendas Individuais	8730 – Saúde Bucal	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	8581 - Estruturação da AB	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Emendas de Bancadas	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total exercício 2015		R\$ 362.532.009,28	R\$ 0,00

Fonte: SIGA Brasil, 2016. Elaborado pela autora.

Descendo o nível de análise para as propostas formalizadas a partir das emendas indicadas pelos parlamentares, no âmbito do SISPROFNS foram cadastradas, apenas para as ações orçamentárias específicas da AB, entre 2012 e 2015, o total de 24.235 (vinte e quatro

mil duzentas e trinta e cinco) propostas, detalhadas quanto aos valores aprovados⁹ das propostas na tabela a seguir.

Tabela 10. Valores aprovados e quantidade de propostas provenientes de emendas parlamentares, por ação orçamentária, para a Atenção Básica entre os exercícios 2012 e 2015. Brasil, 2016.

Atenção Básica - AB			
Exercício	Ação (Código/Descrição)	Valor Aprovado (R\$)	Quantidade de Propostas (N)
2012	8581 - Estruturação da AB	799.877.044,52	5039
	4525 – Manutenção de Unidades de Saúde	21.701.930,49	21
2013	20YL – Implantação de Academias da Saúde	51.920.000,00	476
	8581 - Estruturação da AB	828.824.081,65	3782
	8730 – Saúde Bucal	4.573.592,00	15
	4525 – Manutenção de Unidades de Saúde	24.730.013,28	108
2014	20YL – Implantação de Academias da Saúde	7.360.000,00	70
	4324 – Saúde de Populações Ribeirinhas	3.500.000,00	1
	8581 - Estruturação da AB	1.594.360.552,68	7118
	8730 – Saúde Bucal	12.026.463,50	34
	4525 – Manutenção de Unidades de Saúde	255.819.107,52	923
Exercício	Ação (Código/Descrição)	Valor Aprovado (R\$)	Quantidade de Propostas (N)
2015	20YL – Implantação de Academias da Saúde	6.140.000,00	55
	4324 – Saúde de Populações Ribeirinhas	2.000.000,00	5
	8581 - Estruturação da AB	1.106.537.247,67	4977
	8730 – Saúde Bucal	6.480.728,65	12
	4525 – Manutenção de Unidades de Saúde	575.988.307,02	1.599
Total AB		5.301.839.068,98	24.235

Fonte: SISPROFNS, 2016. Elaborado pela autora.

⁹ Para os fins deste trabalho, considera-se valor aprovado o valor final da proposta, após seu cadastro, análise e aprovação quanto ao mérito e quanto aos quesitos econômicos e financeiros.

As ações orçamentárias da AB que têm sido financiadas no período estudado se referem a objetos específicos (como implantação de Academias da Saúde e Saúde de Populações Ribeirinhas), com exceção da Ação 8581 (Estruturação da AB) e da Ação 4525 (Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde) – que são ações orçamentárias com escopo mais amplo.

A ação de Estruturação da AB (Ação 8581) refere-se a construções, ampliações ou reformas de Unidades Básicas de Saúde, bem como aquisição de equipamentos para o mesmo tipo de Unidade. Deve-se registrar que no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde para os exercícios 2012 a 2015 (Brasil, 2015), no âmbito do seu primeiro Objetivo Estratégico (*Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada*) constam como Estratégias¹⁰ tanto o programa Requalifica UBS – que visa ampliar a oferta e a qualificação de estruturas de unidades básicas de saúde –, quanto a ampliação da rede assistencial, via aumento no número de equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), de maneira que não se observa discordância entre o que o Ministério tem apontado como prioridade para a rede da AB e as propostas efetivamente aprovadas para a AB.

Já a ação de Manutenção (Ação 4525) pode financiar dois tipos de objetos: (1) a aquisição de produtos médicos de uso único¹¹ por entidades privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou por entes federados; e (2) o reforço temporário de dotação, em custeio, de ações orçamentárias obrigatórias. Para o segundo tipo de objeto, financiado apenas a partir de 2015, foi possível aos parlamentares adicionarem recursos ao SUS para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) e do Piso de Atenção Básica (PAB), conforme regramento anual pelas Portarias GAB/GM n.º 600/2015 e n.º 268/2016. É por esta via que se poderia apoiar, por exemplo, a rede assistencial através das equipes de ACS.

¹⁰ Estratégia 01 - *Ampliação das redes de Atenção à Saúde buscando assegurar resolutividade e suficiência em todos os pontos* – cujo Resultado é: Ampliar em 33,6 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 250,6 mil agentes em dezembro de 2011 para 284,2 mil até 2015 (Resultado 03). Estratégia 06 - *Requalificação das Unidades Básicas de Saúde* – cujos Resultados são: 1.861 UBS construídas ou em construção em 2013 (Resultado 01); 3.358 UBS construídas ou em construção (Resultado 02); 11.087 Unidades Básicas de Saúde ampliadas ou em ampliação em 2013 (Resultado 03); 9.595 Unidades Básicas de Saúde reformadas ou em reforma (Resultado 04).

¹¹ São considerados produtos médicos de uso único, de acordo com o item 13.4 do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 185, de 22 de outubro de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, de uso único, segundo especificado pelo fabricante.

b) Análises qualitativas

De maneira a complementar ou detalhar os achados quantitativos, e conforme ilustrado como exemplo de uma das categorias analíticas no Apêndice C (no caso, trata-se da categoria “*Organização Administrativa*”), as análises qualitativas demonstram que o MS já havia desenvolvido alguma estratégia (inicialmente de forma mais simples e menos organizada) para garantir a aderência das propostas de emendas às prioridades do SUS. De acordo com as informações sistematizadas a partir das entrevistas em campo, este esforço continua sendo realizado, agora no sentido de não apenas estarem alinhadas a parâmetros em geral, mas também em atender cada vez mais aos detalhes e às especificidades locais. Mas, da mesma forma, há a percepção de que, em que pese os avanços que já houve, ainda há muito espaço para se trabalhar.

Assim, o Orçamento Impositivo mostrou, de maneira mais perceptível, a necessidade de pactuação e de aperfeiçoamento das prioridades, notadamente frente à menor discricionariedade do Executivo na execução de emendas parlamentares. Isso demandando para o Executivo melhor planejamento, com mais antecedência, e a avanços na qualificação das suas políticas.

No contexto de melhorias já alcançadas, e de forma ideal, as instâncias de pactuação do SUS foram apontadas como fóruns que deverão servir como base para identificar as necessidades locais em saúde. A partir disso, e preservando as competências de cada Poder quanto ao orçamento público e quanto à execução de Políticas Públicas, as emendas impositivas podem ser mais bem qualificadas. Para Arretche (2004), a institucionalização destes espaços de negociação dá aos Estados e Municípios a oportunidade de participarem da formulação da política de saúde, e reduzem a autoridade centralizada unilateralmente no Ministério da Saúde. Tal ponto de vista será novamente valorizado pelas falas dos entrevistados, ainda na categoria “*Organização Administrativa*”.

A respeito dessa relação mais próxima entre as propostas de emendas e as prioridades do SUS, foi dada evidência à experiência – considerada exitosa – da AB com o Programa Requalifica UBS – que busca fortalecer a AB por meio da reestruturação física das UBS. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). Houve ênfase à forma de seleção – com base em critérios epidemiológicos e de saúde previamente estabelecidos – e de contemplação das propostas para reorganização das estruturas físicas e de equipamentos nas UBS.

Os entrevistados também trouxeram à tona que a qualificação das propostas de emendas perpassa por diversas etapas prévias à formalização das propostas em si – na verdade, se reconhece a necessidade de avanços internos ao MS e ao próprio Executivo, na forma de adaptações de estrutura administrativa, de equipes de trabalho, de sistemas de informação e de estratégias ou técnicas para a transferência de recursos. Tal exposição está de acordo com o que foi vivenciado dentro do Requalifica UBS pela AB, pois a organização interna do MS – a partir, principalmente, do SISMOB – viabilizou a ampliação e melhor estruturação do programa.

Um apontamento importante das entrevistas foi o papel de instrumentos próprios do MS – dos quais o MS já se utiliza para comunicar com o Parlamento e com outros atores do SUS –, em especial a *Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde*¹² e o Cardápio. O primeiro se trata de uma publicação anual, objetivando informar aos parlamentares e aos proponentes sobre o funcionamento dos programas e ações federais em saúde, além de apresentar as prioridades elencadas pelo MS para o atendimento local da população e como melhor empregar os recursos disponíveis para a rede pública de saúde. O segundo é a consolidação, no formato de um sistema interno de informações, para organizar de maneira sistematizada o que é ofertado pela Cartilha. Desta maneira, o MS oferece as políticas e programas descritos na Cartilha (documento físico para distribuição) pelo sistema de informações SISPROFNS (sistema de informações para atores externos ao MS) e organizado a partir do Cardápio, o qual é elaborado e consultado apenas internamente. Tanto a Cartilha quanto o Cardápio foram reconhecidos como tendo um relevante papel de informação, comunicação e articulação, mas com limitações – principalmente porque ainda são estratégias de alguma maneira restritas, que não foram adequadamente pactuadas previamente.

Nas versões de 2012 a 2015 da Cartilha, há referência às UBS, em todos os seus componentes – Reforma, Ampliação ou Construção de unidades e Aquisição de Equipamentos. De um ano para o outro há algumas variações, como os possíveis entes beneficiários (ora os Fundos Municipais, do Distrito Federal e dos Estados, além de entidades filantrópicas, ora apenas um ou outro), bem como o tipo de recursos disponibilizados (se de emenda ou de programação própria). As mesmas informações descritas na Cartilha para o exercício 2016 se apresentam no Cardápio – por ser um sistema de informações dinâmico,

¹² Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>

mas que não tem registro físico, não se viabilizou buscar a apresentação do Cardápio em exercícios anteriores.

O registro acima está condizente também com as prioridades apontadas para a AB dentro do Planejamento Estratégico do MS para o período – reiterado em algumas falas que apontam a manutenção e qualificação dos serviços ofertados pela AB como um dos cerne do SUS, tema que será novamente apresentado neste trabalho, à frente. Ainda, a estrutura organizacional do Executivo federal no SUS – principalmente com sua liberdade normativa e de regulamentação do próprio Sistema e seu poder financeiro vinculado às transferências intergovernamentais – é apontada como uma das estratégias usadas pelo MS para atingir seus objetivos institucionais (ARRETCHE, 2004).

Outros temas caros para as políticas sociais foram apresentados nas falas, ainda dentro do contexto da categoria analítica “*Organização Administrativa*”, como a maior legitimidade das prioridades em saúde quando vêm apontadas pelas instâncias de pactuação do SUS e a necessidade de maior comando por parte do próprio Ministério da Saúde sobre esta pauta relativa às emendas parlamentares e as prioridades do SUS – visando avanços também no sentido do controle social, da gestão de risco, da melhoria dos processos internos e da transparência das informações. Um dos principais focos do Ministério para dar conta do desafio das emendas impositivas deve ser a melhoria de processos de trabalho, tendo em vista que não houve – e, possivelmente, não haverá – incorporação de novas fontes de recursos (administrativos e humanos, principalmente quando se considera que ao menos 50% das emendas impositivas são destinadas a ASPS).

Na categoria “*Atores*” os entrevistados fazem uma relação interessante entre os avanços necessários ao Ministério e os papéis de cada ator envolvido no processo – principalmente no sentido de uma comunicação melhor e mais rápida, de forma mais interativa, com o Poder Legislativo e com a população, mas tendo o gestor federal do SUS o papel de protagonista na condução do debate.

Para os gestores entrevistados, novas estratégias de comunicação e pactuação têm que reconhecer as competências de cada ator, dando maior liberdade de atuação a cada um no âmbito do seu próprio papel, procurando atender melhor à realidade da população beneficiada.

O Legislativo, por seu turno, tem avançado nas suas próprias competências, em especial por apresentar propostas cada vez mais adequadas aos parâmetros do SUS e às necessidades

reais do Sistema – o que dá mais oportunidade de voz aos municípios pequenos ou pouco representados.

De maneira unânime, o tema do “*Financiamento*” trouxe o reconhecimento de que a situação fiscal de hoje enseja mudanças também no perfil dos investimentos em saúde, privilegiando cada vez mais a manutenção do Sistema em detrimento do tradicional investimento em grandes obras. Esse ponto significa apostar cada vez mais em financiar o custeio do Sistema com recursos de emendas, o que contribuiria fortemente para sua sustentabilidade no longo prazo, em especial frente a períodos de crises. Este ponto reflete o progresso do próprio SUS, já que hoje um debate trazido nas falas foi a respeito do maior desafio da saúde não ser mais o simples acesso aos serviços – como foi marcadamente nos anos anteriores –, mas cada vez mais a melhor qualidade do serviço ofertado. Fundamentadas nessa percepção, outras inovações nas possibilidades de investimento com recursos de emendas no SUS foram empreendidas.

Assim, em comum acordo com os gestores locais, o MS estabeleceu, por ordem de prioridade, três (03) novas estratégias para fazer frente às exigências financeiras desses gestores, a saber:

1. Apoio para manutenção de políticas e serviços já ofertados pelos Municípios – seja com recursos de custeio ou de capital e, inclusive, para aqueles serviços cuja estrutura tem como base tecnologias e equipamentos passíveis de substituição – até mesmo pela depreciação do tempo e uso. Seriam exemplos: o apoio ao custeio mensal do PAB ou do MAC; a renovação de frotas de unidades móveis do Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) ou a substituição de parques tecnológicos defasados;
2. Conclusão de investimentos em curso (obras já em andamento) ou obras concluídas, mas que demandam equipamentos para operarem ou iniciarem seu funcionamento;
3. Novos investimentos em vazios assistenciais – nestes casos, para viabilizar a oferta de serviços inexistentes.

Essas inovações vieram em momento propício, no olhar dos entrevistados, frente às dificuldades financeiras de Estados e Municípios, e vêm ao encontro das necessidades tanto dos entes federados quanto de entidades privadas que atuam complementarmente ao SUS. Todas as opções acima citadas foram formuladas mais recentemente, a partir da identificação de demandas (reprimidas) pelas próprias áreas técnicas do MS, juntamente com os gestores locais do SUS. São atividades que, dentro do contexto orçamentário e financeiro atual,

estariam prejudicadas caso estivessem previstas apenas dentro do orçamento de programação própria do MS.

Neste contexto de priorização, a possibilidade de fortalecer o custeio do PAB e do MAC com recursos de emenda (conforme citado a respeito da ação orçamentária 4525 e no subitem 1, acima) não apenas foi bem recebida como também foi a concretização do trabalho de articulação e pactuação realizado nos anos anteriores. A possibilidade de renovar a frota do SAMU com recursos de emenda foi apontada pelos entrevistados como outra conquista, visto que o próprio MS terá dificuldade em atender toda a demanda mapeada para 2016.

No que se refere à Atenção Básica, a alternativa de financiamento do custeio – mesmo que de forma temporária, visto que são recursos de emendas parlamentares, portanto, podendo ou não ser destinadas aos mesmos objetos ou beneficiários a cada exercício – do PAB foi elogiada pelos gestores durante as entrevistas. Dentre os motivos para grande adesão pelos gestores municipais de saúde, está a flexibilidade no uso dos recursos – que poderá ser aplicado em qualquer atividade contemplada no âmbito do PAB, da mesma forma que os recursos de programação própria do MS. Esta via de financiamento dos serviços já ofertados, aparentemente, aumentará com o passar dos anos.

É pertinente apontar que os temas foram setorizados em categorias como parte do método de análise qualitativa. Contudo, as três categorias analíticas se reforçam e se complementam em vários pontos dos discursos. De tal forma que este ordenamento por prioridades para o SUS, o qual qualifica os recursos investidos no Sistema, também é enunciado como uma estratégia relevante de comunicação e pactuação entre os atores e para atrair maior adesão das indicações parlamentares. As propostas mais bem encadeadas têm melhores chances de concluírem seu ciclo (de cadastro de proposta, análise, aprovação e de transferência de recursos) com maior celeridade e de serem mais bem implementadas – trazendo maiores benefícios à população.

Há, de forma minoritária dentro das falas colhidas, a percepção de que os investimentos por emendas não têm critérios de alocação, o que faria com que os investimentos não atendessem às necessidades locais. Por não haver critérios de alocação, os municípios que receberiam emendas parlamentares seriam apenas aqueles da base eleitoral dos parlamentares. Assim, o orçamento impositivo consolidaria essas propostas que são mal direcionadas por emendas. A única solução possível para reverter esse cenário seria o investimento maior em estudos e pesquisa na saúde – para entender, localmente, quais as dificuldades dos gestores.

Essa fala, embora minoritária nas entrevistas, é compatível com um imaginário encontrado na rotina de trabalho dentro do Ministério da Saúde.

Esta última visão encontraria respaldo em uma hipótese – não comprovada – avaliada por Sodré (2010), de que as distorções decorrentes de negociações com recursos públicos comporiam o lado mais danoso das emendas parlamentares. Estudando duas hipóteses alternativas, o mesmo autor declara posicionamentos mais moderados, apontando a importância do instrumento (emenda parlamentar), tanto pela participação do Congresso no planejamento federal quanto pela necessidade de maior descentralização de recursos para possibilitar realmente a execução local das políticas públicas.

Também residualmente nas entrevistas foi encontrado o relato de que o pragmatismo político e a individualidade prevalecem na indicação das emendas parlamentares, e não os critérios técnicos de necessidade ou os critérios epidemiológicos. Outra distorção residiria no fato de haver pouco (ou quase nenhum) conhecimento acerca do Sistema Único de Saúde por parte do Legislativo, sendo as emendas parlamentares ao orçamento da saúde uma representação equivocada de via de execução de política pública.

Este aspecto da indicação de emendas parlamentares reproduz um senso comum, em que as emendas privilegiariam apenas suas bases, e seriam fontes para ineficiência, clientelismo e corrupção, já que manteriam velhas práticas e hábitos (Rennó, 2013). Não obstante, Carvalho (2007, *apud* Rennó, 2013) indicou resultados positivos das emendas na redução de desigualdades regionais no Brasil. Os impactos benéficos advêm da legitimidade e legalidade no cumprimento das tarefas legislativas dos parlamentares – cujos eleitores requerem tal atividade. As emendas, na verdade, injetam recursos públicos em locais que não os receberiam de outra forma, ampliando a circulação de moeda pelo país e estimulando o desenvolvimento. Adicionalmente, são elementos poderosos de governabilidade, num regime presidencialista de coalizão.

Fazendo outra correspondência entre as categorias analíticas, pelos relatos das entrevistas, os gestores avaliam que a legitimidade dos parlamentares eleitos – os quais formalizam a relação com o Poder Executivo – impõe um viés político aos recursos de emenda. Mas, é determinante que o SUS reconheça que qualquer proposta – a partir de recursos de emendas ou de programação – é financiada com recursos públicos, estando sujeita aos mesmos critérios de análise e de necessidade das políticas públicas de saúde. Da natureza pública dos recursos de emendas parlamentares decorre a necessidade de que todos os atores

pactuem as prioridades em saúde (o Executivo, o Legislativo, as Assessorias Parlamentares e as instâncias de pactuação do SUS).

Como parte do Orçamento da União, caso o Ministério logre êxito no alinhamento entre as prioridades apontadas pelos gestores locais e as propostas de emendas parlamentares, as emendas se conformam como um impulso fundamental para manter os serviços de saúde. Não feito este nivelamento, elas são um gatilho para um custeio fora do planejamento da rede assistencial – pois seriam aportados recursos para novas obras e construções que precisarão, futuramente, do apoio do nível federal para sua manutenção.

Foi trazida à tona a tentativa do MS em resolver essa falta de concertação entre o Poder Executivo e o Legislativo, quando o Ministério assume um custo de transação ao favorecer essa maior articulação entre os Poderes, reconhecendo os benefícios potenciais caso essa intenção seja atingida. Inclusive, houve destaque nas entrevistas para o fato de que, com o orçamento impositivo, o Legislativo passa a compartilhar com o Executivo das soluções em saúde, o que direciona à maior aproximação entre os dois Poderes. Essa proximidade resta mais nítida a partir do orçamento impositivo, e se refere a uma relação mais estreita entre todos os envolvidos no processamento de recursos para o SUS.

5) Conclusão

As inovações trazidas pelo orçamento (em parte) impositivo, juntamente com suas implicações para o planejamento em saúde, foram os principais fundamentos para o esforço de organização deste trabalho. Conforme se buscou mostrar ao longo do texto, o SUS tem um acúmulo de aperfeiçoamentos no planejamento e na gestão das suas políticas, os quais devem ser considerados na gestão– sejam como experiências bem sucedidas ou não.

A exigência de realização das emendas individuais, a partir do exercício 2014, teve como motivação reduzir a discricionariedade do Poder Executivo federal na execução das emendas parlamentares bem como reduzir um excesso de autonomia da Administração federal na implementação de políticas públicas, garantindo ao Legislativo alguma certeza quanto à execução dos recursos conforme a indicação legislativa – principal demanda parlamentar encontrada nas referências utilizadas.

Pelos dados da saúde (isoladamente é a pasta que aporta ao menos metade de todas as indicações parlamentares), o pleito parlamentar foi atendido apenas parcialmente com essas mudanças, haja vista que os valores efetivamente pagos entre 2014 e 2015 são nulos. O único

argumento apontado para o não pagamento dos valores de emendas impositivas foi o baixo limite financeiro disponibilizado nos exercícios. Tendo em vista que não foi objeto deste trabalho investigar as análises orçamentárias em termos de valores inscritos em restos a pagar ou de valores efetivamente pagos, um dos encaminhamentos sugeridos é que novos estudos sejam realizados no sentido de aprofundar tais análises.

A contribuição mais robusta e mais desafiadora nesta tarefa refere-se às análises qualitativas, que trouxeram aportes poderosos para o debate. Considerando o método selecionado, as categorias trazidas pelas falas das entrevistas – e que não haviam sido previamente elaboradas pela autora, mas foram claramente encontradas na leitura do material colhido – dão uma boa indicação dos principais temas da gestão pública envolvidos com as mudanças normativas do orçamento.

Assim que, no quesito “Organização Administrativa”, foi dado destaque ao esforço institucional empreendido para que o MS se adequasse à realidade das emendas impositivas, inclusive frente ao volume de recursos que elas aportam anualmente. Este esforço organizacional se deu a partir de aprimoramentos já em construção antes da mudança legislativa (como os sistemas de informação próprios do MS e a busca por dar aderência entre as propostas de emendas e as prioridades do Sistema), mas também aponta para novos direcionamentos – os quais conversam e convergem com as outras categorias analíticas do estudo: “Atores” e “Financiamento”.

É de se registrar que as melhorias a serem realizadas no âmbito organizacional, além de terem sido identificadas ao longo do estudo, também foram apontadas pelos entrevistados. Foram citados avanços nos sistemas de informação (evoluindo para mais transparência e controle social), na parametrização das políticas de saúde (para que indiquem mais claramente suas contribuições para a saúde e como podem ser financiadas), na forma de comunicação e no planejamento em saúde.

Foi importante observar que, quanto ao item “Atores”, os gestores entrevistados reconhecem a pactuação e complementariedade entre os diferentes representantes no SUS, ressaltando que compete ao gestor federal liderar e dar direcionamento às políticas em saúde. A percepção de que o Poder Legislativo passa a compartilhar com o Executivo parte da responsabilidade na identificação de soluções em saúde é bastante pertinente no contexto atual do País – que está revendo seus gastos e despesas do setor público.

O grande desafio apontado na questão do “Financiamento” reside justamente na manutenção e sustentabilidade de um sistema que se pretende universal, único, integral e

equitativo. A necessidade de grande ampliação na oferta dos serviços de saúde está sendo gradativamente substituída por uma demanda mais qualificada – a qual requer, adicionalmente à melhoria na qualidade, maior estabilidade na sua oferta. Possibilitar que o SUS possa recorrer aos recursos de emendas parlamentares, especialmente em épocas de escassez de recursos, tem se mostrado uma saída significativa e viável.

Para além das citadas acima, e aproveitando o ensejo de que o MS está investindo na reorganização de sistemas e bases de dados, outras recomendações deste estudo vão na linha de que os sistemas do Ministério se ampliem para formas mais interativas de visualização do Cardápio, favorecendo a interface entre políticas de saúde e seus componentes. Essas modificações visam ampliar as possibilidades de acompanhamento mais específico das políticas e programas (em componentes, subcomponentes e serviços específicos) em toda a cadeia de processamento, inclusive buscando contextualizar a oferta dos serviços nos territórios e regiões de saúde *versus* os investimentos financeiros já aportados – aspectos que não puderam ser explorados neste momento.

Por fim, também deve ser realçado o papel dos atores mais próximos do Parlamento brasileiro: os parlamentares e a Assessoria Parlamentar que atua junto ao Ministério. Suas competências precípua devem ser aperfeiçoadas, de forma que possam desempenhar melhor seu trabalho de representar os interesses do SUS.

Referências

ARAGÃO, J. *Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas*. Revista Práxis ano III, nº 6 - agosto 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brawsil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva. 18(2), 17-26, 2004. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheSPP2004.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1998, 293p.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 24 de novembro de 2015.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 24 de novembro de 2015.

BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 24 de novembro de 2015.

BRASIL. Lei n.º 12.919, de 24 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 dez. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12919.htm>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

_____. Decreto n.º 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. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/16_Decreto_1232.pdf>. Acesso em: 24 de novembro de 2015.

_____. Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: Resultados e Perspectivas. 5 edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, R. L. de. *Análise Da Política De Descentralização Das Ações De Vigilância Sanitária No Brasil: Do Debate Sobre O Repasse De Recursos Ao Compromisso Com A Responsabilidade Sanitária*. 2007. 205 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – INAMPS. Norma Operacional Básica - NOB n.º 01/1991. Resolução do Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social n.º 258, de 07 de janeiro de 1991. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

CONGRESSO NACIONAL. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados; Consultoria de Orçamento, Fiscalização e Controle do Senado Federal. Nota Técnica Conjunta n.º 1, de 2015. *Considerações acerca dos vetos ao PLDO 2015* (Mensagem Presidencial n.º 1/2015). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/comissao/index/mista/orca/ldo/ldo2015/NTC_pldo2015.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2016.

CONTI, J. M. Contas à vista. *Orçamento impositivo é avanço para administração*. Disponível em: < <http://www.conjur.com.br/2013-mai-07/contas-vista-orcamento-impositivo-avanco-administracao>>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

FUNCIA, F. *Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde*. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Revista CONSENSUS. Edição 17. Artigo de Opinião. CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 02 de Março de 2016.

GONTIJO, V. *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, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/EST10.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2015.

GREGGIANIN, E. 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://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2014/et16.pdf>>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

PALOTTI, P. L. de M; MACHADO, J. A.. *Coordenação Federativa e a “Armadilha da*

Decisão Conjunta”: *As Comissões de Articulação Intergovernamental das Políticas Sociais no Brasil*. Dados - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.57, n.02, p.399-441, Abril-Junho, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21831470005>> ISSN 0011-5258>. Acesso em: 31 de março de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Norma Operacional Básica - NOB n.º 01/1993. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Norma Operacional Básica - NOB n.º 01/1996. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS n.º 01/2001. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS n.º 01/2002. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

_____. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015. Resultados e Perspectivas. Brasília, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf. Acesso em: 06 de junho de 2016.

OCKÉ-REIS, C. O.; FUNCIA F. R. *O Esgotamento do Modelo de Financiamento do SUS*. Revista CONSENSUS. Edição 17. Artigo de Opinião. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/o-esgotamento-modelo-de-financiamento-sus/>>. Acesso em: 02 de março de 2016.

Revista CONSENSUS. Edição 17. Entrevista. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/marcelo-castro/>>. Acesso em: 29 de fevereiro de 2016.

Revista CONSENSUS. Edição 17. *Agenda de Prioridades para a Saúde*. Institucional. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/agenda-de-prioridades-para-saude-brasil/>>. Acesso em: 02 de março de 2016.

RENNÓ, L. R. J., & PEREIRA, C. E. F. F. (2013). *Gastos Públicos, Emendas Orçamentárias do Legislativo e Inclusão Dissipativa nos Municípios Brasileiros: 1998 a 2010*. Universidade de Brasília – UNB, 2013. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/Economia%20do%20Setor%20P%C3%BAblico.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2016.

ROSA a, T. Revista CONSENSUS. Edição 17. Matéria de Capa. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/crise-ameaca-ou-oportunidade/>>. Acesso em: 01 de março de 2016.

ROSA b, T. Revista CONSENSUS. Edição 17. Matéria de Capa. *Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos de gestão?* Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/>>. Acesso em: 16 de março de 2016.

SILVA, J. de R. P. da. *Lei orçamentária impositiva – uma determinação da Constituição Federal*. Revista da Associação Brasileira de Orçamento Público, v. 24, n. 48, p. 185-217, Janeiro-Abril, 2006.

_____ Orçamento impositivo: a execução obrigatóriada despesa aperfeiçoaria a gestão pública? Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496344>>. Acesso em: 26 de 02 de 2015.

SILVA, A. J. H; ROSSONI, L.; FERREIRA JÚNIOR, I. *Administração Pública e gestão social: a produção científica brasileira entre 2000 e 2005*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. 42(4): 655-80, Jul./Ago. 2008.

SILVA, J. de R. P. da; CASTRO, A. C. S. Estudo n.º 1/2013 – Orçamento Impositivo. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle. Disponível em:<<http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/lido/2013/elaboracao/projeto-de-lei/440-notas-tecnicas-e-estudos/estudo-tecnico-no1>>. Acesso em: 26 de 02 de 2015.

SODRÉ, A.C. de A; ALVES, M. F. C. *Relação entre Emendas Parlamentares e Corrupção Municipal no Brasil: Estudo dos Relatórios do Programa de Fiscalização da Controladoria-Geral da União*. Revista de Administração Contemporânea, Curitiba, v.14, n.03, p.414-433, Maio-Junho, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2016.

TOLLINI, H. M. et all. Nota Técnica CONOF-CD no 10/2013. PEC no 565/2006 – Orçamento Impositivo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/nt10.pdf>>. Acesso em: 15 de setembro de 2015.

VERGARA, S. C. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo. Atlas.

2011.

VIANA, L. B. F.; BRITO, R. L. de; SANTOS, F. P. *Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano*. In: Ministério da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 177-189, Out. 2014.

A autora é graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (2003), com mestrado em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília (2006) e especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fundação Oswaldo Cruz (2009). Foi Coordenadora-Geral Substituta da Coordenação-Geral de Educação Alimentar e Nutricional no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome entre 2007 e 2013. Atualmente é servidora efetiva do Ministério da Saúde, atuando como Coordenadora Substitua da área de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde. Tem experiência na área de Nutrição (com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: segurança alimentar e nutricional, educação alimentar e nutricional); em Gestão de Políticas Públicas, em especial Políticas Sociais; e com os temas de Gestão, Planejamento, Transferências de recursos financeiros e Orçamento.

Mariana Helcias Côrtes Gonzaga Sagastume

Especialista em Gestão Pública (2016). Coordenadora-Geral Substituta de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Contato (61) 3315-3038; marianahelcias@gmail.com / mariana.cortes@saude.gov.br

Anexos**Anexo A**

Ações orçamentárias da Secretaria de Atenção à Saúde

Código da ação orçamentária	Título/Descrição
Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	
20AD	Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família
8577	Piso de Atenção Básica Fixo
8581	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
8573	Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
8730	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada
12L5	Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS
20YL	Implantação das Academias da Saúde
4324	Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil
8735	Alimentação e Nutrição para a Saúde
20B1	Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
20YI	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde
4525	Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde
12L4	Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA
20G8	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários
20QI	Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde
6148	Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais
8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

8761	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192
8933	Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial
6217	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde
125H	Implantação do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer - INCa
8755	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia-INC
8758	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia - INCA
8759	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia - INTO
8585	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
8721	Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
20SP	Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
7833	Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON
4295	Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas
7690	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia
09LP	Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS
20AI	Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)
20B0	Atenção Especializada em Saúde Mental
20R4	Apoio à Implementação da Rede Cegonha
6175	Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
6178	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

6233	Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental
8739	Implementação da Política Nacional de Humanização - PNH
8762	Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravo
6516	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia
Programa 2069 – Segurança Alimentar e Nutricional	
20QH	Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde
Programa 2115 – Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde	
20YQ	Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS
Programa 0909 – Operações Especiais: Outros Encargos Especiais	
00H7	Contribuição da União para o Custeio do Regime de Previdência dos Servidores Públicos Federais decorrente do Provimento de Cargos e Funções e Reestruturação de Cargos e Carreiras e Revisão de Remunerações
0536	Pensões Decorrentes de Legislação Especial e/ou Decisões Judiciais
0C04	Provimento de Cargos e Funções e Reestruturação de Cargos, Carreiras e Revisão de Remunerações
Programa 0910 – Operações Especiais: Gestão da Participação em Organismos Internacionais	
0220	Contribuição à União Internacional contra o Câncer - UICC (MS)

Fonte: Cadastro de Ações Orçamentárias, exercícios 2012 a 2015. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2015-2/cadastro-de-acoas>. Acesso em 27/Março/2016. Elaborado pela autora.

Anexo B

Ações orçamentárias da Secretaria de Atenção à Saúde consideradas na Atenção Básica

Código da ação orçamentária	Título/Descrição
Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	
20AD	Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família
8577	Piso de Atenção Básica Fixo
8581	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
8573	Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
8730	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada
12L5	Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS
20YL	Implantação das Academias da Saúde
4324	Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil
8735	Alimentação e Nutrição para a Saúde
4525	Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde
Programa 2069 – Segurança Alimentar e Nutricional	
20QH	Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

Fonte: Cadastro de Ações Orçamentárias, exercícios 2012 a 2015. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2015-2/cadastro-de-aco.es>. Acesso em 27/Março/2016. Elaborado pela autora.

Anexo C

Os Objetivos Estratégicos do Planejamento Estratégico do MS 2012/2015 são:

<i>Objetivo Estratégico</i>	<i>Título</i>
01	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica e a Atenção Especializada.
02	Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
03	Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.
04	Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.
05	Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e de outras drogas.
06	Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.
07	Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
08	Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de Saúde.
09	Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.
10	Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
11	Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
12	Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em Saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
13	Aprimorar a regulação e a fiscalização da Saúde Suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor Saúde.
14	Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da Saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com

	as diretrizes da Política Externa Brasileira.
15	Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.
16	Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Apêndices

Apêndice A

Roteiro de entrevistas

1. As emendas parlamentares contribuem para o alcance das metas e objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS? Elas melhoram a saúde da população?
 - a. Por que sim/não?
 - b. Os objetivos e metas do SUS são conhecidos pelos parlamentares?
 - c. O funcionamento do Sistema é do conhecimento dos parlamentares? Fóruns de pactuação, CIB, CIT...
2. Você acha que as emendas parlamentares ao SUS refletem as demandas locais para o SUS?
3. Em sua avaliação, como a relação entre os Poderes Executivo e Legislativo é afetada pelas emendas parlamentares? De forma positiva ou negativa?
4. Levando-se em consideração as alterações promovidas pela EC 86 (explicar as alterações), você avalia que se inaugura um momento novo de diálogo entre os Poderes Executivo e Legislativo no processo de elaboração e execução do orçamento do SUS? Isso já tem sido vivenciado pela SAS?
 - a. Você percebeu alguma mudança no comportamento ou perfil dos parlamentares que emendam ao orçamento do SUS após a aprovação do orçamento impositivo?
5. Em sua opinião, quais mecanismos de diálogo entre o Executivo e o Legislativo deverão ser desenvolvidos para que as emendas ao orçamento do SUS contribuam para a consolidação desse Sistema?
 - a. O Cardápio e a Cartilha, da forma como estão hoje, são bons mecanismos de diálogo? Por que?

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: Orçamento Impositivo: A Experiência Na Saúde e Suas Contribuições Para o SUS

Instituição: ENAP

Pesquisador responsável: Mariana Helcias Côrtes G. Sagastume

Orientador do estudo: Professor Me. Rodrigo Lino de Brito

Eu _____, declaro que aceito participar do estudo científico intitulado “*Orçamento Impositivo: A Experiência Na Saúde e Suas Contribuições Para o SUS*”.

Minha participação é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo.

Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com a pesquisadora e com a instituição que ela representa.

Estou ciente de que as informações que vier a prestar serão publicizadas nos meios de divulgação dos resultados desse estudo, sendo mantida a confidencialidade de minha identidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Qualquer esclarecimento que necessite, deverei entrar em contato com Mariana Helcias Côrtes G. Sagastume pelo telefone (61) 8416-5551.

Brasília, de de 2016.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Apêndice C

Exemplo ilustrativo de achados da Matriz de Consolidação e Interpretação de dados.

<i>Fonte de dados:</i>	
(X)Entrevista (nº 01, 02, 03 e 04) () Documento/Texto () Diário de campo Categoria analítica relacionada: Organização Administrativa	
Registros	Temas centrais
<p>Já havia uma, todo um exercício, eu sei que a Dra. desenvolveu muito, que era de adequar as propostas no sistema com objetos já existentes e convergentes com as políticas. Então, já havia uma, um grau de aderência das propostas aos programas do SUS, inclusive obviamente aos parâmetros do sistema. [E1]</p> <p>Mas eu acho que isso é um esforço evolutivo, e, é, acho que, por exemplo, eu não fiquei, eu saí da Saúde em Outubro de 2015, mas é, acho que, a aderência das propostas em 2015 é melhor do que a de 14, às prioridades, aos programas do SUS, e a de 16 deverá ser melhor do que a de 15, a de 14 e assim por diante [E1]</p> <p>Como eu falei, 14 foi muito rápido ali, aprovou a LDO e começou-se a fazer a execução impositiva, uma coisa absolutamente nova, em 15, por conta desta novidade nós já conseguimos fazer aquela questão do, do banco de prioridades, do cardápio, né, optativo aos parlamentares. Eu acho que isso deu mais um passo, né? Porque foi mais específico, não bastava só estar dentro dos parâmetros e dos programas do Requalifica, sabe? [E1]</p> <p>E, e, eu acho que, eu não sei como é que tá sendo feito este exercício em 16, mas acho que na medida em que você aprofunde, não uma adaptação apenas a parâmetros e programas gerais, mas também a propostas específicas, com critérios [E1]</p> <p>Propostas locais, na linha do planejamento, da região de saúde, é, eu vou poder dizer que as emendas definitivamente contribuem com o SUS. Mas acho que nós estamos no processo desse exercício ser, de ser feito. [E1]</p> <p>Mas, reconhecendo que nós partimos dum patamar muito baixo pela novidade da questão e porque ele é um assunto, isso eu acho muito bacana de explorar, que tem um custo de transação gigantesco [E1]</p> <p>Não eu acho que, é como eu disse, eu, eu, eu prefiro dizer que elas tão evoluindo (...) no alinhamento. É. Ainda acho que tem muita coisa pra evoluir. [E1]</p> <p>Aí são as nossas evoluções lá internas, né? (...) Tinha um problema da marcação, uma certa inconsistência do dado e tudo. Mas era isso. É fundamental que os sistemas do Ministério estejam adaptados a essa linguagem da prioridade... [E1]</p> <p>A questão de estar, é... inserida, né, nas metas, na necessidade do SUS, isso aí depende mais de nós do que propriamente do Parlamentar. E é dentro disso daí, então, que a gente vem fazendo um trabalho junto CONASS, CONASEMS, já nos últimos dois anos no sentido já de ter uma relação de necessidade de investimento desses, do conjunto de Municípios e Estados da Federação pra poder ofertar ao Parlamentar, pra que ele, ao alocar sua emenda no orçamento impositivo ele possa estar, já, é... tendo conhecimento de qual é, quais são as demandas que aqueles Estados e Municípios têm de investimento. [E2]</p> <p>Aí também são duas coisas distintas também que têm que se observar. A primeira é a obrigatoriedade das, de 50% das emendas impositivas serem alocadas no Ministério da Saúde (...) Então, o Parlamentar não tem opção. Ele tem que colocar metade da, da do</p>	<p>Análises do pesquisador sobre o trecho em questão (em um esforço de síntese de conteúdo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • O avanço no alinhamento das propostas ao SUS, indo ao encontro dos detalhes e das necessidades locais • As adaptações internas ao MS (de estrutura, de equipe, de sistemas e de estratégias/técnicas) • A velocidade das mudanças na legislação • O volume desproporcional de emendas destinadas à saúde • O ordenamento por prioridades para o SUS como uma estratégia para atrair maior adesão dos parlamentares • Redirecionamento das emendas para outros tipos de propostas (custeio, renovação de frotas e conclusão de obras para entrar em funcionamento) • Adaptações internas ao MS para dar conta do desafio das emendas impositivas • Melhorias internas ao MS no sentido de comunicar melhor e mais rápido, de maneira interativa • Avançar no diálogo com o Legislativo • Competências de cada Poder em relação ao orçamento público • Há necessidade de avanços jurídicos também • Preservando as competências de cada Poder qualificar as emendas impositivas, sem limitar o poder de escolha dos parlamentares • Instâncias de pactuação do SUS como base para identificar as necessidades locais em saúde • Os clássicos investimentos em saúde (obras, hospitais) se devem porque o parlamentar, obrigatoriamente, tem que indicar 50% das emendas na saúde • Os investimentos por emendas não têm critério de alocação, o que faz com que os investimento não atendam às necessidades • O Ministério tem investido em melhoria de processos de trabalho já que não houve incorporação de novas fontes de recursos • As melhorias de processos de trabalho também qualificam as próprias políticas de saúde

limite que lhe couber tem que ser destinado para o SUS. Então, nós temos Parlamentares de todos os Partidos, de todas as regiões do País (...) Essa é a primeira é... Distingão. E com relação à melhoria da... da qualidade das emendas que são apresentadas, isso daí eu, eu imagino que se deve, em grande monta, a esse trabalho que a gente vem fazendo de forma conjunta de trabalhar cada... Cada vez mais junto aos Parlamentares pra que, se você tem a obrigatoriedade de colocar emendas na Saúde que você destine praquilo que a Saúde tem mais necessidade (...) Vem sendo feito e o resultado tem que ser cada... cada ano uma melhoria do produto que é apresentado pra nós [E2]

Bom, creio que sim. Até porque, emenda impositiva, ela... Assim, vamos dividir em dois momentos. Né? A gente até, até um tempo atrás a gente tratava as emendas (...) parlamentares como um recurso adicional pra compor a emenda constitucional 29, né? Depois, com a, a criação da emenda constitucional 86, é, que tornou esse orçamento impositivo, o que é que aconteceu? Isso passou a fazer parte do orçamento do Ministério (...) Então, fazendo parte do orçamento do Ministério, ele também está de acordo com as políticas, é... de saúde do Ministério. Então, sendo recurso da nossa própria programação ou recurso de emenda, portanto tanto uma quanto outra, elas estão sujeitas aos critérios de análise e de necessidade das políticas públicas de saúde (...) Né, então assim, pra nós o recurso por ser de emenda ele tem apenas o viés... político (...) né por ter uma, uma, uma indicação de um parlamentar praquela reduto, praquela necessidade porque, querendo ou não a câmara é, são os representantes do povo e consegue identificar quais são as necessidades e os vazios existentes e conseguem fazer essa indicação. [E4]

Tem porque no primeiro ano que a gente conseguiu fazer isso, a gente já teve uma indicação de que quase 30% do que o... que as entidades indicaram estavam dentro dessas prioridades (...) Foi no ano de 2015. Agora em 2016 a gente ainda não tem uma avaliação, mas acredito que esse número permaneça nesse sentido ou até se amplie. Como é um trabalho de construção junto à área de orçamento do Ministério, junto com a Comissão Mista de Orçamento e com, junto com o Parlamento, a tendência é isso. [E4]

Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa

Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado

O Ministério da Saúde já havia desenvolvido alguma estratégia (primeiramente em nível mais simples) para garantir a aderência das propostas ao SUS. Este trabalho continua sendo realizado, agora no sentido de não apenas estar alinhado a parâmetros em geral, mas também em atender nos detalhes e às especificidades do sistema local, atendendo inclusive ao planejamento por região de saúde. Apesar dos avanços que já houve, ainda há muito espaço para se trabalhar. Idealmente, as instâncias de pactuação do SUS deverão servir como base para identificar as necessidades locais em saúde. Com isso, e preservando as competências de cada Poder quanto ao orçamento público e quanto à execução de Políticas Públicas, as emendas impositivas podem ser mais facilmente qualificadas, sem, entretanto, limitar ou reduzir o poder de escolha dos parlamentares. Em parte, a tendência de os Parlamentares sempre fazerem indicações para grandes obras se deve pela obrigatoriedade de indicar ao menos 50% das emendas na saúde – isso não dá espaço e limita a indicação do Parlamentar.

A única diferença dos recursos de emenda para os recursos de programação é o viés político das primeiras, que vem da legitimidade dos parlamentares eleitos pela população. Por isso é tão importante que todos os atores pactuem as prioridades em saúde (Executivo, Legislativo, instâncias de pactuação do SUS). Mas, todas as propostas – de emendas ou de programação – estão sujeitas aos critérios de análise e de necessidade das políticas públicas de saúde.

Este avanço é um trabalho muito mais interno ao Ministério em si e ao Executivo, na forma de adaptações de estrutura, de equipe, de sistemas e de estratégias ou de técnicas na transferência de recursos. O Legislativo também tem avançado no mesmo sentido, de apresentar propostas cada vez mais adequadas aos parâmetros do SUS e às necessidades locais, dando mais voz aos municípios pequenos ou pouco representados. Os avanços do Ministério também vão no sentido de comunicar melhor e mais rápido, de forma mais interativa, inclusive com o Poder Legislativo e com a população – na direção da transparência e do controle social. Um dos principais focos do Ministério para dar conta do desafio das emendas impositivas é a melhoria de processos de trabalho, tendo em vista que não houve – e, possivelmente, não haverá – incorporação de novas fontes de recursos. Tais ajustes, contudo, não prescindem outros que deverão ocorrer em momento mais propício, como novos ordenamentos jurídicos regulamentando algumas questões.