



ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

FABIANA ALMEIDA DA MATTA

**Instrumentos de regulação das emendas parlamentares e arranjo de
implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde**

Brasília

2026

FABIANA ALMEIDA DA MATTA

**Instrumentos de regulação das emendas parlamentares e arranjo de
implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde**

Tese apresentada à Fundação Escola Nacional de
Administração Pública (ENAP) como parte das
exigências do Programa de Pós-Graduação para a
obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientador: Roberto Rocha Coelho Pires

Brasília

2026

M4351i Matta, Fabiana Almeida da
 Instrumentos de regulação das emendas parlamentares e
 arranjo de implementação do processo orçamentário do
 Ministério da Saúde / Fabiana Almeida da Matta. -- Brasília:
 Enap, 2026.
 159 f.: il.

 Tese (Doutorado – Programa de Doutorado Profissional
 em Políticas Públicas) -- Escola Nacional de Administração
 Pública, 2026.

 Orientação: Roberto Rocha Coelho Pires
 1. Orçamento Público. 2. Emenda Parlamentar. 3.
 Planejamento em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde –
 Financiamento. 5. Implementação de Políticas Públicas I.
 Título. II. Pires, Roberto Rocha Coelho orient.

CDD 352.48

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra – CRB1/1425

**ATA DA BANCA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE
DOUTORADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

Aluno (a): Fabiana Almeida da Matta

Ano de Ingresso: 2021

Título da Tese: Instrumentos de regulação das emendas parlamentares e arranjo de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires

Prof. Dr. Mauro Santos Silva

Avaliadores: Prof. Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante

Prof. Dr. Pedro Lucas de Moura Palotti

Profa. Dra. Fabíola Sulpino Vieira

Avaliação:

☒ Aprovada

☐ Aprovada com ressalvas

☐ Reprovada

Brasília, 29 de abril de 2026.

DocuSigned by:

Mauro Santos Silva

9A892E4FFE7F4AD...

Avaliador

DocuSigned by:

Pedro Luiz Costa Cavalcante

DFBF4C9F1F544FC...

Avaliador

DocuSigned by:

Pedro Lucas de Moura Palotti

091C9C0D8CEC432...

Avaliador

Assinado por:

Fabíola Sulpino Vieira

A051743B6E02447...

Avaliadora

DocuSigned by:

Roberto Rocha Coelho Pires

715E2C52B6D5405...

Orientador

À minha filha Zoé.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para que essa pesquisa pudesse ser desenvolvida, em especial, as mulheres incríveis que tenho a sorte de ter na vida. Minha mãe Adiléa, a pessoa mais generosa que conheço. Minha tia Adir, inspiração para todas as mulheres da minha família. Minha madrinha e também doutora, Alena. Minha afilhada e madrinha da minha filha, Alexia. Minhas irmãs de alma, Bebel e Fefe. As amigas que Brasília me deu, Lari, Cintia, Nanda e Renata. Minhas amigas da UFF, Paty, Tati, Mila, Bel, Gabi, Marina e Isabela. As amigas e companheiras doutorandas Ana Paula, Karen e Denise. Minha sogra Cynthia e minha cunhada Tayná. E minha filha Zoé, que com apenas 3 anos consegue me ensinar tanto todos os dias. A todas essas mulheres, que me inspiram e me apoiaram de formas diferentes e necessárias ao longo desses últimos anos, meu muito obrigada.

Essa pesquisa não teria sido possível sem o apoio do meu marido Guilherme. Obrigada por toda a louça lavada, todos os finais de semana longe, as festinhas e os eventos sozinho com a Zozo, os jantares e os passeios com o cão. Te amo!

Agradeço também a minha dupla favorita de almoços, Douglas e Érica, estar com vocês sempre traz leveza para os meus dias, obrigada por isso.

Minha coordenadora Cristiane, pelo incentivo e também liberação. Toda a equipe da CGPL/SPO, especialmente Suely e Érica, que assumiram novas responsabilidades durante meu afastamento. Aos professores e colegas de doutorado, por tantas trocas enriquecedoras e possibilidades de crescimento.

Um agradecimento especial a todas as pessoas que aceitaram meu convite e participaram da pesquisa como entrevistados/as. Muito obrigada pela disposição e pela generosidade de compartilhar comigo seus conhecimentos e diferentes pontos de vista.

Agradeço ao meu orientador, Roberto Pires, pelas valiosas contribuições e paciência ao longo dessa trajetória. E a todos os membros das bancas de qualificação e de defesa, Leandro Couto, Mauro Santos, Pedro Cavalcante, Pedro Palotti e Fabíola Vieira, a quem admiro como mulher e também como pesquisadora do SUS.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que me incentivaram e apoiaram de alguma forma durante os últimos 4 anos, mas que não foram citadas nominalmente aqui.

RESUMO

Uma modificação no eixo de poder da governança orçamentária federal deu início a um processo de fortalecimento do Legislativo no arranjo de implementação do processo orçamentário que afetou o relacionamento entre os três Poderes da República e também no financiamento de diferentes políticas públicas, em especial a da saúde. Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo mapear os reflexos das modificações na governança orçamentária federal sobre o arranjo de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde, com foco nos instrumentos que são, e os que poderiam ser, utilizados pelo gestor federal do SUS em resposta a essas modificações. Baseando-se no arcabouço teórico da análise de políticas públicas, realizou-se uma pesquisa qualitativa para mapear os diferentes arranjos de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde que se configuraram entre 2013 e 2025. A pesquisa levou em consideração apenas a perspectiva do Executivo, sem agregar o ponto de vista dos demais atores. Como resultado, foram identificados cinco instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde: discricionariedade, programas, portarias e cartilhas, impedimentos de ordem técnica e linhas prioritárias. De acordo com a forma como cada um atua sobre as emendas parlamentares, eles foram classificados como direcionadores, normatizadores, técnicos ou políticos. O planejamento setorial, os critérios de rateio e a regionalização foram apontados como instrumentos disponíveis e não utilizados pelo MS no período. Por fim, elencou-se outros pontos relevantes que merecem ser estudados mais a fundo, uma vez que trazem consequências negativas para o planejamento orçamentário do MS e não são mitigados por nenhum dos instrumentos apresentados. A pesquisa concluiu que, ante a atual instabilidade no cenário político, não há perspectivas, no curto prazo, de uma retomada do protagonismo do Ministério da Saúde na definição alocativa ou de uma redução da participação das emendas no orçamento federal do SUS. Em vista disso, a melhor forma de regulação das emendas é via direcionamento dos gastos.

Palavras-chave: Emendas parlamentares. Arranjos de implementação. Instrumentos. Sistema Único de Saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

A shift in the power axis of federal budgetary governance initiated a process of strengthening the Legislative branch in the implementation arrangement of the budgetary process, affecting the relationship between the three branches of government and the financing of various public policies, particularly in healthcare. Given this scenario, the research aims to map the effects of these changes in federal budgetary governance on the implementation arrangement of the budgetary process of the Ministry of Health, focusing on the instruments that are, and could be, used by the federal manager of the SUS (Brazilian Unified Health System) in response to these changes. Based on the theoretical framework of public policy analysis, a qualitative study was conducted to map the different implementation arrangements of Ministry of Health's budgetary process that were configured between 2013 and 2025. The research considered only the Executive branch's perspective, without incorporating the viewpoints of other actors. As a result, five instruments used by the Ministry of Health were identified: discretion, programs, ordinances and guidelines, technical impediments, and priority lines. According to how each instrument acts on parliamentary amendments, they were classified as guiding, normative, technical, or political. Sectoral planning, allocation criteria, and regionalization were identified as available instruments not used by the Ministry of Health during the period. Finally, other relevant points were listed that deserve further study, since they have negative consequences for the Ministry of Health's budgetary planning and are not mitigated by any of the instruments presented. The research concluded that, given the current instability in the political scenario, there are no prospects, in the short term, of a return to the Ministry of Health's leading role in allocative definition or a reduction in the participation of amendments in the federal budget of SUS. Therefore, the best way to regulate amendments is guiding the allocation of funds.

Key words: Parliamentary amendment. Implementation arrangements. Instruments. Unified Health System. Health Planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de emenda parlamentar e indicador RP	28
Tabela 2 – Comparativo de regras formais para proposição de emendas parlamentares	52
Tabela 3 – Evolução do número de municípios por situação da PAS entre 2018 e 2025	65
Tabela 4 – Evolução do número de municípios por situação do RAG entre 2018 e 2024*	66
Tabela 5 – Participação das Emendas Parlamentares nos gastos em ASPS da União e cumprimento do piso constitucional – em R\$ Bilhões.....	69
Tabela 6 – Identificação das pessoas entrevistadas	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de Despesas Obrigatórias e Despesas Discricionárias no Orçamento Federal Total – em R\$ Bilhões	29
Gráfico 2 – Valor total* de emendas parlamentares executadas por Órgão Orçamentário – em R\$ Bilhões de 2025.....	32
Gráfico 3 – Evolução das Despesas Discricionárias e Participação Percentual das Emendas Parlamentares – em R\$ Bilhões de 2025	42
Gráfico 4 – Participação das emendas parlamentares sobre o gasto total do Ministério da Saúde com ASPS	68
Gráfico 5 – Evolução dos saldos represados em contas dos Fundos Municipais de Saúde – em R\$ Bilhões de 2025.....	92
Gráfico 6 – Saldos de Fundos Municipais de Saúde por tipo de conta – Brasil, 2025	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Arranjos de implementação do processo orçamentário federal.....	47
Figura 2 – Instrumentos utilizados para modificar o arranjo de implementação no período de 2013 a 2025.....	50
Figura 3 – Etapas do processo orçamentário do Ministério da Saúde	81
Figura 4 – Tramitação das emendas parlamentares individuais destinadas ao custeio da APS e AES	88
Figura 5 – Arranjos de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos artigos selecionados após revisão sistematizada	9
Quadro 2 – Alinhamento entre linhas prioritárias e planejamento setorial	115
Quadro 3 – Potencialidades e limitações dos instrumentos federais de regulação das emendas parlamentares na área da saúde.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AES	Atenção Especializada à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF88	Constituição Federal de 1988
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMO	Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização
CN	Congresso Nacional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMI	Fundo Monetário Internacional
IFI	Instituição Fiscal Independente
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRF	Novo Regime Fiscal
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAS	Programação Anual de Saúde

PDI	Plano Diretor de Investimento
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PL	Projeto de Lei
PNS	Plano Nacional de Saúde
PO	Plano Orçamentário
PPA	Plano Plurianual
PPI	Projeto-Piloto de Investimentos
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SPOF	Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	METODOLOGIA	8
3	GOVERNANÇA E INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	11
3.1	GOVERNANÇA E ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO	12
3.2	GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA	16
3.3	INSTRUMENTOS	19
4	GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA NO BRASIL	25
4.1	O PODER LEGISLATIVO E O SISTEMA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL	25
4.2	REGIMES DE GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA	34
4.3	ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO FEDERAL	38
5	CONSEQUÊNCIAS DA NOVA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA FEDERAL SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS	54
5.1	ORGANIZAÇÃO DO SUS, FINANCIAMENTO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	54
5.2	ALOCÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS POR EMENDAS PARLAMENTARES	67
6	ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	79
7	ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELO MS NOS ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO	102
7.1	INSTRUMENTOS UTILIZADOS ENTRE 2013 E 2025	103
7.2	INSTRUMENTOS NÃO UTILIZADOS	113
8	DISCUSSÃO	124
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICE	144

1 INTRODUÇÃO

O processo orçamentário federal, regido por normas constitucionais, legais e infralegais, é conduzido por uma variedade de atores, com interesses e ideologias distintas, que atuam em conjunto para definir a distribuição dos recursos públicos entre os diversos setores da economia e suas políticas. De elaboração exclusiva do Poder Executivo, o orçamento é avaliado pelo Legislativo, que tem a prerrogativa de realizar modificações para corrigir erros e omissões, desde que estas estejam em consonância com o planejamento federal. Uma vez aprovado, o orçamento anual passa a ser executado e monitorado pelos órgãos de controle.

Esse conjunto de regras, atores e interesses e a forma como eles se modificam ao longo do tempo caracterizam a governança orçamentária federal. Fazendo-se um recorte temporal de uma determinada política pública, que possibilite avaliar a atuação dos atores participantes da governança, a relação de poder existente entre eles e os instrumentos utilizados por cada um para fortalecer sua participação no resultado final da política, tem-se então o arranjo de implementação. A abordagem pelo arranjo de implementação permite que sejam feitas análises dos modos de governança observáveis a partir de um recorte temporal e/ou setorial (Pires; Gomide, 2024). Para essa pesquisa o recorte foi feito para a política de saúde pública no período de 2013 a 2025.

Para facilitar o entendimento acerca da governança orçamentária e jogar luz sobre as disputas internas ao arranjo, é útil referenciar a teoria de David Good, que, aprimorando os estudos de Wildavsky e Caiden, caracterizou os quatro principais atores participantes do processo orçamentário: os executores, os definidores de prioridade, os guardiões e os controladores externos (Borges, 2022). Essa simplificação possibilita uma melhor compreensão sobre as dinâmicas da governança orçamentária na medida em que expõe os interesses de cada ator no processo e os resultados alocativos desejados por cada um.

Enquanto o papel dos executores é maximizar suas possibilidades de gastos, para que consigam financiar a implementação das políticas públicas pelas quais são responsáveis, os definidores de prioridade atuam para ordenar quais políticas devem receber mais ou menos recursos em vista dos interesses políticos vigentes. Por seu turno, os guardiões buscam frear os desejos dos executores, defendendo maior parcimônia dos gastos, enquanto os controladores externos são responsáveis pelo monitoramento e fiscalização do gasto público, além de assegurar a transparência e prestação de contas por parte dos demais participantes. No caso brasileiro, esses atores são representados pelos ministérios setoriais, pela Presidência da República e seu núcleo de governo,

pelo Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional e pelos Órgãos de Controle e Poder Legislativo, respectivamente.

Em vista disso, pode-se concluir que a governança orçamentária não é estática, sendo observadas modificações em sua estrutura na medida em que as relações de poder entre os participantes são alteradas. Uma avaliação da governança orçamentária brasileira na última década permite observar uma grande variação nas relações de poder entre os atores, com destaque para o fortalecimento dos guardiões e do controle externo, além da metamorfose de um dos participantes do controle externo, que ganhou espaço como gastador.

Em 2013, ante a uma tensão política entre Executivo e Legislativo, o Congresso Nacional atuava para fortalecer sua posição no processo orçamentário federal, especialmente no que tange às definições alocativas (Faria, 2023). Em vista desse movimento, observa-se, a partir de 2015, uma grande variação na governança orçamentária federal, que tem impacto em todos os setoriais de orçamento e planejamento da esplanada dos ministérios.

O enfraquecimento da chefe do Poder Executivo na arena política abriu caminho para que o Legislativo desse andamento a tramitação de uma proposta legislativa há muito já desejada pelos parlamentares, que deu origem à Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (EC86/2015). De acordo com a nova regra constitucional, passou a ser obrigatória a execução de todas as emendas parlamentares individuais, retirando do governo um importante instrumento de gestão da sua coalizão política e transferindo para o parlamento parte do poder alocativo do Executivo.

A aprovação dessa Emenda à Constituição afetou especialmente o Ministério da Saúde (MS), uma vez que institucionalizou a alocação de metade de todas as emendas parlamentares individuais para o financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o que já vinha ocorrendo desde 2014 via lei ordinária. Não bastasse isso, essa parcela de recursos destinada à saúde passou a ser contabilizada como gasto efetivo da União, fazendo parte, portanto, do cálculo do valor mínimo constitucional a ser aplicação em saúde pelo gestor federal do SUS.

Mesmo antes da aprovação da EC86/2015, o Ministério da Saúde já era o destino preferido das emendas parlamentares, mas não só por se tratar de uma das maiores demandas da população. A capilaridade da política de saúde, que se faz presente em todos os municípios brasileiros, e a rapidez com que os recursos são transferidos da União para os entes subnacionais via fundos de saúde são grandes atrativos para os parlamentares, pois facilita o envio de recursos para suas bases

eleitorais. Tal afirmação é corroborada pela fala do deputado federal pela Bahia, Elmar Nascimento, em entrevista ao canal UOL em 2023, em que afirma que “na saúde você cadastra de manhã, você empenha de tarde, você paga no outro dia, fundo a fundo. Então é como se 50% dos recursos que são destinados via saúde que tem interferência nossa (dos parlamentares) fosse pagamento à vista” (UOL, 2023).

Unindo a preferência dos parlamentares por emendas para a saúde com a expansão da participação legislativa nas definições alocativas a partir de 2015, o que se teve de resultado foi um crescimento exponencial das emendas parlamentares destinadas ao orçamento federal do SUS. Se em 2014 as emendas representavam menos de 5% dos gastos da União com ASPS, esse percentual subiu para 12,8% em 2023. Se forem avaliados apenas os gastos discricionários do MS, mais de 50% foi controlado pelo Congresso em 2023 (Vieira, 2024).

Após a aprovação da EC86/2015, o Legislativo, aproveitando-se do contexto político-institucional de instabilidade e do seu fortalecimento na arena política, conseguiu mais espaço no orçamento público. No período de 2016 a 2024, foram aprovadas oito Emendas à Constituição com alteração do processo orçamentário, das quais quatro ampliaram o poder do Legislativo sobre o orçamento federal e uma deu origem a um novo regime de governança orçamentária no Brasil, o Novo Regime Fiscal.

Em 2020, o Congresso Nacional aprovou uma emenda à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) autorizando o Relator-Geral do orçamento a alterar ou incluir programações no projeto de lei orçamentária por meio de emendas, marcadas pelo indicador de resultado primário RP9. Nesse ano, a participação das emendas parlamentares no orçamento federal deu um salto, bem como sua participação no orçamento da saúde, permanecendo elevada em 2021 e 2022, quando o poder do Legislativo no arranjo de implementação do processo orçamentário federal alcançou seu auge.

Em 2022, como resposta a uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou inconstitucional o uso do RP9 e determinou a sua suspensão imediata. Nesse momento, a participação do Poder Judiciário no arranjo de implementação desestabiliza o equilíbrio que vinha se mantendo desde 2014 e inaugura uma nova fase no arranjo.

Essas variações nos regimes de governança orçamentária e nos arranjos de implementação do processo orçamentário federal têm consequências diretas sobre o processo orçamentário dos

ministérios, que precisam se adaptar às novas regras e também buscar formas de amenizar suas consequências sobre a condução e o financiamento das políticas públicas.

No caso da política de saúde, que já sofre com problemas de financiamento desde a criação do SUS, o crescimento das emendas parlamentares afeta sobremaneira o gestor federal do sistema de saúde pública. Na medida em que não existem critérios bem definidos para a alocação das emendas e, em sua maioria, elas desconsideram a organização regional dos serviços de saúde, sua expansão contribui para a perpetuação de desigualdades (Vieira, 2024; Ulinski et al., 2024). Sendo assim, cabe ao MS achar formas de mitigar possíveis efeitos adversos das emendas sobre a alocação federal do SUS, o que tem sido feito a partir da mobilização de diferentes instrumentos.

Em vista disso, a pesquisa buscou responder à pergunta: quais instrumentos de políticas públicas são, ou podem ser, utilizados pelo Ministério da Saúde no arranjo de implementação do processo orçamentário e como eles contribuem, ou poderiam contribuir, para regular a alocação de emendas parlamentares no orçamento federal do SUS?

Parte-se da hipótese de que as recentes mudanças na governança orçamentária federal trouxeram novos desafios para o SUS, agravando desigualdades regionais de financiamento e comprometendo as pactuações entre os entes federados. Ante a essa situação, o MS precisou utilizar diferentes instrumentos para regular a alocação das emendas em uma tentativa de direcioná-las para os programas que mais contribuem para a concretização das diretrizes de universalidade, equidade e atendimento integral.

Diversos trabalhos foram desenvolvidos nos últimos anos com o objetivo de identificar como a impositividade das emendas parlamentares afeta o financiamento do SUS e a distribuição regional dos recursos (Braga; Oliveira, 2022; Vieira; Lima, 2022; Ocké-Reis; Benevides; Melo, 2023; Ulinski et al., 2024; Cavalcanti; Vieira, 2025). Por outro lado, não foram encontrados estudos que avaliem os instrumentos que são utilizados pelo MS na regulação das emendas. Ainda que se saiba que o MS utiliza instrumentos de políticas públicas na tentativa de reduzir os efeitos das emendas sobre a condução da política de saúde e seus resultados, não existe um mapeamento desses instrumentos tampouco uma análise sobre sua forma de atuação.

Sendo assim, o objetivo principal dessa pesquisa é identificar os instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde na gestão das emendas parlamentares direcionadas ao financiamento federal do SUS e analisar suas potencialidades e limitações.

Os instrumentos a que se refere a pesquisa são aqueles definidos a partir da abordagem sociológica francesa, que entende os instrumentos como instituições capazes de moldar o comportamento dos atores e interferir nos resultados finais das políticas públicas (Lascoumes; Le Galès, 2007; Le Galès, 2010).

A partir do desenho do arranjo de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde, pôde-se verificar a importância da utilização dos instrumentos de política pública como resposta às variações na governança orçamentária federal nos diferentes momentos de equilíbrio do arranjo.

Inicialmente, foi destacada a utilização da discricionariedade de execução das emendas como o principal instrumento utilizado pelo MS no trato com o Legislativo até 2013. Ainda que se possa questionar a classificação da discricionariedade como instrumento, a forma como ela era utilizada pelo MS, regulando o comportamento dos diferentes atores e impondo uma norma implícita, justifica sua classificação como instrumento.

No período seguinte, em resposta ao fortalecimento do Legislativo na arena orçamentária, o MS passou a mobilizar novos instrumentos no arranjo. Os programas, os impedimentos de ordem técnica e as portarias e cartilhas foram os instrumentos com maior destaque no período de 2014 a 2022. Ainda que não se configurem como uma grande inovação, foi nesse período que eles passam a ser utilizados pelo MS com o objetivo específico de direcionar a escolha parlamentar, impor critérios técnicos mínimos e normatizar a indicação das emendas.

A partir de 2023, com a entrada do Poder Judiciário no arranjo, os Poderes Legislativo e Executivo precisaram se adaptar às decisões emanadas pelo Superior Tribunal Federal. Uma das consequências dessa atuação do Judiciário no arranjo foi a necessidade de serem definidas ações e projetos passíveis de direcionamento de recursos de emendas de bancada estadual e também coletivas, conforme determinado em Lei Complementar de 2024. Com isso, o MS incorporou um novo instrumento ao rol existente em 2025, as linhas prioritárias. Tendo sido definidas à margem do planejamento setorial, é de se questionar o papel do planejamento no arranjo orçamentário.

O planejamento, cuja centralidade é reforçada pela Constituição, é um instrumento ordenador de prioridades. Além do Plano Plurianual, o MS elabora também seu plano setorial, o Plano Nacional de Saúde (PNS). Construído de forma participativa, o PNS é monitorado sistematicamente e conta com mecanismos institucionais de prestação de contas. Apesar disso, a

pesquisa não conseguiu identificar a utilização do planejamento como instrumento no arranjo de implementação em nenhum dos momentos de equilíbrio desenhados.

Outros dois importantes instrumentos deixados de lado pela gestão federal do SUS na regulação das emendas parlamentares são os critérios de rateio e a regionalização. Definidos na Lei Orgânica do SUS e reforçados anos depois por Lei Complementar, os critérios de rateio devem ser aplicados às movimentações de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios. Como as emendas parlamentares representam, na prática, uma transferência de recursos da União para os entes subnacionais, então, em teoria, deveriam seguir os critérios definidos na lei.

A regionalização, por sua vez, está relacionada à organização dos serviços de saúde e à governança do SUS. A lógica municipalista de alocação das emendas parlamentares não é capaz de promover melhorias distributivas, uma vez que o sistema de saúde está estruturado em regiões de saúde e Redes de Atenção à Saúde.

Para além desses instrumentos, a pesquisa identifica outras questões relevantes a serem analisadas, à luz do crescimento das emendas parlamentares sobre o orçamento do MS. Ainda que não se possa afirmar com certeza, há indícios de que os municípios estão tendo dificuldades de executar os recursos transferidos via emendas. Essa hipótese é levantada em virtude do aumento dos saldos parados nas contas correntes dos Fundos de Saúde nos estados e municípios. Outra questão relevante, diz respeito aos limites anuais definidos pelo MS para o incremento ao custeio da atenção primária e atenção especializada. Além de representar o único critério para a destinação de emendas para esse fim, o incremento está potencialmente relacionado ao acúmulo de saldos, o que precisa ainda ser melhor investigado.

Por fim, o impasse acerca do pagamento de pessoal com recursos oriundos de emendas individuais e a contabilização das emendas como gastos efetivos em ASPS da União são outros dois pontos que precisam ser melhor discutidos e avaliados.

A pesquisa conclui que, ante ao cenário de instabilidade que ainda vigora no arranjo orçamentário, potencializado pelo processo eleitoral iminente, a melhor estratégia a ser utilizada pelo MS para lidar com as emendas parlamentares é a mobilização dos instrumentos direcionadores, tais como os programas e linhas prioritárias, além do planejamento setorial e da regionalização. Na medida em que o Ministério conseguir direcionar os interesses particulares do Legislativo para as ações prioritárias da Pasta, os efeitos das alocações parlamentares sobre a política pública poderão ser mitigados.

Espera-se que a realização dessa pesquisa possa contribuir para os estudos no campo da saúde pública, preenchendo uma lacuna de conhecimento relevante e trazendo novos elementos para o debate sobre alocação de emendas parlamentares no orçamento federal do SUS.

A pesquisa está dividida em nove capítulos, contando com essa introdução. O Capítulo 2 apresenta os passos metodológicos seguidos para se alcançar os objetivos almejados. O Capítulo 3 traz o referencial teórico que embasa toda a pesquisa, sendo discutidos os principais conceitos abordados ao longo dos demais capítulos. No Capítulo 4, é apresentado um panorama da governança orçamentária no Brasil para o período de 2013 a 2025. Inicialmente é feita uma explicação acerca do funcionamento do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal (SPOF), destacando como se relacionam os diferentes atores participantes do processo orçamentário. Em seguida são apresentados os diferentes regimes de governança que vigoraram no país durante o período de análise e, por fim, são mapeados os arranjos de implementação do processo orçamentário federal que se configuraram nesse mesmo período.

Os Capítulos 5 e 6 se debruçam sobre a política pública de saúde. No Capítulo 5 são apresentados a organização e o financiamento do SUS, o processo de planejamento em saúde e os principais achados acerca das implicações do crescimento das emendas parlamentares sobre o financiamento e a distribuição regional de recursos federais. Com vistas a responder a pergunta de pesquisa, o Capítulo 6 faz o mapeamento dos atores participantes do processo orçamentário do MS bem como dos instrumentos utilizados por eles na busca por maior capacidade alocativa. Com base nisso, são apresentados os arranjos de implementação que se moldaram entre 2013 e 2025.

Com vistas a contribuir para o aprimoramento institucional, o Capítulo 7 faz uma análise dos instrumentos, identificando suas potencialidades e limitações, e sugere a incorporação de novos instrumentos capazes de auxiliar em um melhor direcionamento das emendas parlamentares. Com o objetivo de resumir a discussão e apresentar perspectivas futuras para o cenário orçamentário e também para o arranjo de implementação vigente, foi elaborado o Capítulo 8, que também aborda os desafios relacionados a regulação das emendas. Por último, o Capítulo 9 faz uma breve retomada dos principais pontos abordados no trabalho.

2 METODOLOGIA

Para se atingir o objetivo proposto por esse trabalho, foi realizada uma pesquisa qualitativa, que contemplou pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas. Como referencial teórico foi utilizado o arcabouço da análise de políticas públicas, com foco na governança pública e nos arranjos de implementação.

Primeiramente, foi realizada pesquisa bibliográfica para identificar os autores de referência para os conceitos de governança, governança orçamentária, arranjos de implementação e instrumentos, assim como as publicações mais recentes sobre esses mesmos temas. Em um segundo momento, utilizou-se dessa metodologia para buscar referências relativas ao processo orçamentário, às variações recentes na governança orçamentária federal, à organização, financiamento e processo de planejamento no SUS e a atuação do Judiciário como controle externo do processo orçamentário federal.

Tendo em vista o foco da pesquisa recair sobre o aumento expressivo da participação das emendas parlamentares sobre o orçamento federal do SUS, fez-se necessário aferir as consequências desse crescimento sobre algumas variáveis relevantes, como distribuição regional de recursos, desigualdades alocativas e interferências sobre a governança do SUS. Ante a grande produção científica já existente acerca desses temas, optou-se por utilizar dados secundários para demonstrar esses fenômenos.

Assim, realizou-se uma busca sistematizada em três diferentes bases de dados: BVS Ecos, Scielo e Google Scholar. Em cada uma delas foi incluído um filtro de data para que fossem apresentados apenas documentos publicados entre os anos de 2020 e 2025. Os descritores utilizados foram “emendas parlamentares”, “SUS” e “saúde”, organizados de acordo com a sintaxe: “(emendas parlamentares) AND (SUS) OR (saúde)”.

Como resultado, a base de dados da BVS Ecos apresentou 23 documentos, sendo dois manuais, uma portaria, um livro, uma monografia e duas dissertações de mestrado. Dentre eles, três eram duplicados e dez estavam fora do escopo da pesquisa. A base da Scielo retornou 16 documentos, todos artigos de revistas ou jornais, sendo sete fora do escopo da pesquisa. Por sua vez, o Google Scholar retornou 3.440 documentos. Para seleção dos documentos dessa base foram avaliados os resultados das três primeiras páginas e apenas aqueles com pelo menos uma citação, totalizando nove documentos, todos artigos. Ao final do levantamento, restaram 28 documentos para serem revisados. O Quadro 1 apresenta os artigos que foram selecionados após avaliação final.

Esses artigos foram utilizados como referência para a construção da seção 5.2, do Capítulo 5, que se debruça especificamente sobre a alocação dos recursos de emendas parlamentares no orçamento federal do SUS.

Quadro 1 – Relação dos artigos selecionados após revisão sistematizada

Ano da publicação	Autores	Título
2022	Fabíola Sulpino Vieira Luciana Dias de Lima	Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB
2023	Carlos Octávio Ocké-Reis Rodrigo Pucci de Sá e Benevides Mariana Melo	SUS : o papel das emendas parlamentares no combate à pandemia em 2020
2024	André Schmidt da Silva Luciana Dias de Lima Tatiana Wargas de Faria Baptista Fabíola Sulpino Vieira Carla Lourenço Tavares de Andrade	Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS
2024	Karla Giovana Bavaresco Ulinski Brígida Gimenez Carvalho Fabíola Sulpino Vieira Renne Rodrigues Luciana Dias de Lima	Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde
2024	Fabíola Sulpino Vieira	Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde.
2025	Lenir Santos Francisco Funcia	Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar
2025	Filipe Matheus Silva Cavalcanti	Financiamento do SUS e emendas parlamentares: uma análise da desigualdade das transferências de incremento ao custeio de serviços no período de 2019 a 2024

Fonte: elaborado pela autora.

Tendo sido definidos os conceitos de referência e identificadas as consequências do crescimento das emendas parlamentares sobre o orçamento federal do SUS, iniciou-se o levantamento de informações necessárias para o mapeamento do arranjo de implementação do processo orçamentário do MS. Para isso, utilizou-se de pesquisa documental, com foco na identificação de leis, portarias, manuais, notas técnicas, decisões judiciais, acórdãos, decisões derivadas de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental e quaisquer outros documentos relacionados à atuação do MS na regulação das emendas parlamentares. Os documentos identificados foram o ponto de partida para a construção dos arranjos.

Os arranjos de implementação foram desenhados com o objetivo de ilustrar os principais atores participantes da governança bem como os instrumentos utilizados por eles em cada um dos equilíbrios observados. Para facilitar o entendimento das principais diferenças que marcam cada um dos equilíbrios, optou-se por ordenar os atores e os instrumentos de acordo com a sua posição

no arranjo, ou seja, atores mais empoderados aparecem em cima, assim como os instrumentos mais relevantes. Além disso, foi atribuída uma escala de cores, de modo que os atores mais empoderados recebem cores mais escuras em relação aos demais.

A última etapa da pesquisa consistiu na realização de entrevistas com gestores(as) e trabalhadores(as) do MS, de modo a complementar as pesquisas bibliográfica e documental realizada previamente. Para conseguir identificar as mudanças ocorridas no interior do arranjo orçamentário, foi preciso mapear variações de alguns processos internos do MS relacionados a construção e acompanhamento da execução orçamentária, o que não seria possível utilizando-se apenas a pesquisa documental. Sendo assim, as entrevistas serviram tanto para que fosse possível demonstrar as mudanças internas decorrentes de fatores externos (no caso, a governança orçamentária federal) como para validar os desenhos dos arranjos, que foram previamente elaborados e apresentados em cada entrevista.

A seleção dos(as) entrevistados(as) levou em consideração sua participação em qualquer uma das etapas do processo orçamentário do MS. Inicialmente foram selecionados sete potenciais participantes e os convites para participação na pesquisa foram enviados em outubro de 2025. Dos sete convites enviados, um foi recusado e dois não foram respondidos, tendo sido agendadas inicialmente quatro entrevistas. Valendo-se da estratégia do *snowball sampling*, ou método bola de neve, a cada entrevista realizada, foi solicitado à/ao participante que indicasse outros atores relevantes que poderiam contribuir com a pesquisa (Morgan, 2008; Vinuto, 2014).

As entrevistas ocorreram entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026, tendo participado como entrevistadas seis pessoas de diferentes áreas do MS, sendo 3 gestores(as), 1 assessor(a) e 2 técnicos(as).

As entrevistas seguiram o formato semiestruturado, tendo sido utilizado um roteiro base que permite realizar novos questionamentos durante o andamento da entrevista, a depender das respostas oferecidas em cada pergunta. O roteiro base encontra-se apensado ao final desse trabalho e foi dividido em duas etapas. O início da entrevista buscou identificar mudanças procedimentais que se fizeram necessárias a partir de cada uma das principais mudanças legais ocorridas no período de 2013 a 2025. O objetivo foi mapear o comportamento do MS ante as variações na governança orçamentária federal. A segunda parte da entrevista esteve mais focada nos instrumentos. Foi apresentada aos entrevistados uma primeira versão dos desenhos dos arranjos de implementação,

visando desenvolver uma discussão acerca da participação de cada ator e, principalmente, da utilização e pertinência de cada instrumento identificado.

Importante destacar que, nas primeiras entrevistas, foram apresentados aos participantes apenas dois arranjos de implementação, relativos ao período de 2013 a 2024. A partir das ponderações dos(as) entrevistados(as), percebeu-se a importância do ano de 2025 para o arranjo. Com a inclusão de mais um ano na análise, uma nova avaliação do período foi realizada e as entrevistas seguintes passaram a apresentar três diferentes arranjos, relativos ao período de 2013 a 2025. Em vista disso, as duas primeiras pessoas entrevistadas não validaram o arranjo de implementação referente ao período de 2023 a 2025, que consta nesse trabalho.

Como resultado da pesquisa, além do desenho dos arranjos de implementação, foi realizada também uma análise da utilização dos instrumentos de política pública pelo MS, além de uma breve perspectiva para o futuro do arranjo vigente. Ambas as análises também contaram com a colaboração dos entrevistados, aos quais foi solicitado que comentassem sobre tendências futuras relacionadas à proposição e execução das emendas parlamentares.

Com o objetivo de assegurar o sigilo dos(as) entrevistados(as), suas contribuições não estão explícitas no trabalho. Como as perguntas partiram de uma versão inicial construída preliminarmente, as respostas dos entrevistados foram incorporadas ao texto da pesquisa, as vezes como validação ao achado inicial e, outras, como complementação. O texto, contudo, explicita a contribuição dos entrevistados a partir de códigos, apresentados sempre que uma afirmação é decorrente de respostas dos(as) participantes.

3 GOVERNANÇA E INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que se possa alcançar o objetivo proposto por essa pesquisa é necessário entender como se estrutura o relacionamento entre os diferentes atores que participam do processo orçamentário brasileiro, as regras as quais estão sujeitos e de que forma esses atores conseguem modificar as relações de poder que existem no campo orçamentário. Isso significa que a pesquisa irá se debruçar sobre a governança orçamentária brasileira, sobre os arranjos de implementação do processo legislativo orçamentário e, mais especificamente, sobre os instrumentos de políticas públicas utilizados pelos autores na busca por mais capacidade no interior do arranjo, conceitos que serão apresentados nesse capítulo.

3.1 GOVERNANÇA E ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Como primeiro passo, é importante entender o conceito mais amplo de governança e deixar claro qual definição será utilizada ao longo dessa pesquisa, uma vez que ainda não há um consenso na literatura e o termo permanece em disputa até os dias de hoje.

Entre os anos de 1980 e 1990, durante as reformas da Nova Administração Pública, três ondas de governança dominaram o debate público. Enquanto alguns caracterizavam a governança como uma perda de capacidade dos Estados diante da entrada de novos atores na arena de decisão política, outros entendiam se tratar de uma transformação no papel dos Estados modernos que não implicava, necessariamente, em seu esvaziamento. Há, nesse período, uma apropriação do conceito de governança como sendo a relação entre estado, sociedade e mercado e os conceitos de governança e governabilidade passaram a se confundir (Matthews, 2012).

Buscando compreender melhor os aspectos dessa relação e trazer maior racionalidade para o conceito, diferentes tipologias foram elaboradas. Em comum, todas enfatizavam a coordenação entre os atores como uma importante dimensão da governança. Dentre as dimensões presentes nas diferentes tipologias, podem-se destacar: hierarquia, rede, mercado, legislação, corporações, dentre outras.

A aplicação das tipologias se mostrou limitada, por não conseguirem abarcar toda a complexidade das interações sociais no processo de produção das políticas. Outro fator limitante das tipologias diz respeito as dimensões presentes em cada uma delas. A partir dos anos 1980, inicia-se um movimento para retirar do Estado seu protagonismo nas decisões políticas. Com isso, muitas tipologias não incluíam a dimensão da hierarquia entre seus componentes, ignorando a participação do Estado nos arranjos de governança (Howlett; Ramesh, 2014).

Conforme destacado por Peters (2014), essa dicotomia entre uma governança sem governo e um governo sem governança não faz sentido. Para o autor, governança diz respeito à capacidade do Estado de dirigir (*steer*) a economia e a sociedade e isso envolve, necessariamente, a participação conjunta do governo e da sociedade.

Sendo assim, o argumento central de Peters é de que as análises de governança não deveriam focar seus esforços em identificar quais atores são capazes de prover governança, mas sim em identificar as diferentes formas como os atores se relacionam e como essa relação impacta na governança.

Capano, Howlett e Ramesh (2015) possuem um entendimento semelhante, e que será adotado por essa pesquisa como referência para a definição de governança. De acordo com eles, essa chamada “nova governança” não rompeu totalmente com o conceito anterior, apenas compreendeu que novos atores foram incorporados à arena política e, o mais importante, novos instrumentos passaram a fazer parte da caixa de ferramentas institucional, trazendo maior complexidade para o campo.

Os autores caracterizam a governança como uma lente através da qual é possível analisar a complexidade do processo contemporâneo de elaboração de políticas públicas (*policy-making*) e, como tal, atua como uma ferramenta heurística para auxiliar no entendimento de parte dessa complexidade (Capano; Howlett; Ramesh, 2015, p.3).

O ponto central para entender a governança, de acordo com eles, está assentado em três aspectos intrínsecos a ela: dinâmica, estratégia e capacidade. Devido ao seu caráter dinâmico, não é possível definir um determinado modo de governança fixo para qualquer política. Os modos de governança observáveis caracterizam momentos de equilíbrio que variam com o tempo e com os instrumentos utilizados, inclusive no curto prazo. Essas variações podem ser bruscas ou graduais, isto é, pode haver um longo período de estabilidade seguido por uma mudança radical ou pequenas alterações marginais que parecem ter pouco impacto na coordenação da estrutura de governança, mas cujos resultados são observados no médio e longo prazos.

A natureza estratégica da governança está relacionada à habilidade dos atores participantes de modificar a estrutura de poder no interior dos arranjos de governança. Os atores têm consciência da importância que a escolha dos instrumentos representa para sua posição dentro do arranjo. A escolha certa irá definir o nível de poder e influência que podem exercer sobre seus pares e, por isso, estão constantemente tentando controlar os instrumentos para redesenhar os arranjos à seu favor.

Unindo seu caráter dinâmico com as estratégias utilizadas pelos atores é possível mensurar a capacidade da governança, ou seja, a efetividade dos arranjos e seus resultados para a política pública.

Importante diferenciar o que os autores estão chamando de capacidade da governança (*governance capacity*) dos conceitos de capacidade estatal (*state capacity*) e de capacidade das políticas públicas (*policy capacity*).

Os conceitos de capacidade estatal e capacidade das políticas públicas têm seu foco sobre questões relativas ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas pelo Estado e seus resultados. Estudos sobre capacidades estatais estão interessados em avaliar as instituições do Estado e de que modo essas instituições se organizam para gerar resultados para a sociedade, enquanto as capacidades das políticas públicas se debruçam sobre “sistemas de suporte de governo”, tais como recursos humanos, tecnologia da informação, gestão financeira, entre outros (Pires; Gomide, 2024).

A capacidade da governança a que se referem Capano, Howlett e Ramesh (2015) diz respeito ao modo como as flutuações que ocorrem no interior dos arranjos de governança – as variações de poder resultantes das interações entre os atores e da utilização de instrumentos – interferem nos resultados das políticas públicas e também na própria governança. Ou seja, *governance capacity* impacta ao mesmo tempo duas dimensões importantes da governança: a política (*politics*) e a política pública (*policy*).

No que diz respeito à política, a capacidade da governança será maior quanto maior for a capacidade dos atores de equilibrar as disputas de poder e manter os consensos e acordos celebrados entre os participantes, visto que é dentro dos arranjos de governança que os atores buscam fazer valer seus pontos de vista e legitimar as escolhas políticas do grupo. Pelo lado da política pública, a capacidade da governança está relacionada ao alcance dos objetivos declarados pelos atores participantes do arranjo.

Diante disso, depreende-se que o duplo impacto da capacidade da governança explica porque os arranjos estão constantemente em disputa: insatisfações com a performance da política pública levam a discordâncias políticas no interior dos arranjos com relação as escolhas pactuadas, resultando em revogação dos consensos. A ausência de consenso, por sua vez, pode levar a mudanças na percepção dos resultados das políticas públicas e, conseqüentemente, discordâncias políticas no interior dos arranjos.

É importante reforçar o entendimento sobre o que Capano, Howlett e Ramesh conceituam como capacidade da governança, porque compreender de que forma as capacidades influenciam os resultados das políticas públicas é a chave para que os tomadores de decisão possam utilizar os instrumentos mais apropriados para reequilibrar a política (*politics*) e responder adequadamente às mudanças no interior dos arranjos.

Outro importante conceito que será utilizado ao longo da pesquisa é o de arranjos. De forma análoga ao que foi feito com a capacidade, é necessário também delimitar sobre qual definição de arranjo esse trabalho irá se basear.

Para se avaliar as capacidades estatais são analisados os arranjos institucionais, presentes ou ausentes, na estrutura dos Estados. Sendo assim, os arranjos institucionais são entendidos como um conjunto de regras que definem a coordenação de atores e interesses e que determinam a capacidade do Estado de implementar políticas de seus interesses (Gomide; Pires, 2014). Essa abordagem, conforme mencionado anteriormente, preocupa-se com os resultados apresentados pelo Estado e com sua atuação de forma mais ampla, dando especial atenção para o comportamento da burocracia estatal.

Contudo, conforme argumentam Pires e Gomide (2024), a simples existência de uma burocracia weberiana não é condição suficiente para se avaliar o desempenho de um Estado. A política (*politics*) que atravessa todo o processo decisório até a sua implementação é crucial para o sucesso das políticas públicas. Assim sendo, os autores discutem a necessidade de se estudar como as capacidades estatais são ativadas pela política, ao que chamam de arranjos de implementação.

Arranjos de implementação são “configurações relacionais, envolvendo os múltiplos atores que intervêm na implementação de uma política pública específica, organizados a partir de instrumentos que definem a forma particular de coordenação” (Pires; Gomide, 2024, p.7).

A abordagem por arranjos de implementação extrapola as dimensões tradicionais de estudo das capacidades estatais, majoritariamente focadas nas estruturas burocráticas do Estado, e incorpora diferentes aspectos da produção de políticas públicas em sua análise, em especial a utilização de instrumentos como reguladores do comportamento.

Ao tratar do tema da governança, a maior parte das pesquisas e estudos volta-se para as redes de relacionamentos e para as diferentes teorias e conceitos em disputa, porém, Le Galès (2010) ressalta um importante aspecto da governança que merece ser analisado: o seu modo de operacionalização. E a melhor forma para se avaliar a operacionalização da governança é através do estudo dos instrumentos de políticas públicas. Para o autor, entender os instrumentos e, principalmente, a escolha dos instrumentos, é central para compreender as mudanças nos modos de governança.

Os estudos mais recentes sobre governança têm dado cada vez mais importância para o papel dos instrumentos na criação de capacidades dentro dos arranjos, fugindo da abordagem

tradicional funcionalista e passando para uma perspectiva mais sociológica. A literatura funcionalista trata os instrumentos de forma superficial, como se suas propriedades e sua aplicabilidade fossem secundárias para a governança. A abordagem sociológica, por outro lado, entende que os instrumentos produzem efeitos para além daqueles mapeados pelas políticas e, dessa forma, tem o poder de promover mudanças nos modos de governança observáveis (Le Galès, 2010).

Na medida em que incorpora a análise de instrumentos em sua proposta metodológica, o conceito de arranjos de implementação se mostra o mais adequado para os objetivos pretendidos por essa pesquisa. Além disso, essa abordagem alinha-se com a definição de governança de Capano, Howlett e Ramesh, que é utilizada como referência.

3.2 GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA

Valendo-se da conceituação de Capano, Howlett e Ramesh (2015), a governança orçamentária também pode ser entendida como uma lente que possibilita analisar a complexidade do processo de elaboração orçamentária. Os atores que participam da governança orçamentária se valem do seu aspecto dinâmico para mobilizar diferentes instrumentos, modificar os modos de governança e aprimorar sua capacidade.

Nas palavras de Ana Claudia Borges (2022, p.44), governança orçamentária é uma

coleção de regras, princípios, processos, comportamentos, formais e informais, que regem o processo de decisão sobre a origem e a aplicação dos recursos públicos, em determinado período, no âmbito do Executivo e do Legislativo. Tais regras, princípios, processos e comportamentos determinam quem faz o que e quando, regulam o fluxo de informações entre os diversos atores, além de distribuir influência estratégica ao estabelecer restrições e incentivos ao processo decisório de aplicação dos recursos públicos.

As regras, princípios, processos e comportamentos mencionados pela autora podem ser entendidos como as legislações relativas ao processo orçamentário (instituições formais) e a postura dos atores ante a essas regras (instituições informais). A legislação e a atitude dos participantes são utilizadas como instrumentos para conseguir ganhar espaço no orçamento público. Cada ator, dependendo da sua posição no arranjo de governança, terá interesses distintos e mobilizará diferentes instrumentos (estratégia) na tentativa de que prevaleçam suas escolhas alocativas no orçamento do Estado (capacidade).

Numa tentativa de facilitar o entendimento acerca dessas disputas que ocorrem na arena de decisão, David Good criou um modelo, baseado em Wildavsky e Caiden, que caracteriza quatro

grupos de atores atuando na governança orçamentária: gastadores, guardiões, definidores de prioridades e controladores externos (Borges, 2022).

Os gestores de políticas públicas são representados pelos gastadores, que demandam recursos para a implementação dos programas e para a prestação de serviços para a população. Sua capacidade no arranjo é determinada pelo relacionamento que desenvolvem com os demais atores, podendo variar de acordo com o nível de prioridade estabelecido para a política pública pelos definidores de prioridades e também de acordo com a sua capacidade de negociação com os guardiões.

Os guardiões são atores preocupados em cumprir metas fiscais, tais como o nível de endividamento público e o resultado primário. Para isso, utilizam-se das instituições vigentes e dos instrumentos que possuem para tentar organizar os gastos da melhor forma possível, visando maximizar sua utilidade. O papel dos guardiões se destaca no arranjo de governança em contextos de políticas fiscais contracionistas. Em virtude de seu poder para determinar o nível de despesa compatível com os indicadores financeiros, esses atores, quando empoderados, podem impor limites de gastos, bloquear programações orçamentárias ou até mesmo autorizar a suspensão da execução de determinadas despesas. Os guardiões representam os burocratas do Ministério da Fazenda e da Secretaria do Tesouro Nacional.

Definidores de prioridades são representações do Presidente da República e do seu núcleo de governo. Sua capacidade no arranjo depende do seu poder de agenda e, por isso, é necessário que o governo tenha um programa político bem estruturado, com as prioridades definidas e com apoio dos guardiões e controladores externos. Para conseguir manter seu poder no arranjo, mobilizam os instrumentos e as instituições para influenciar os guardiões e, assim, conseguir alocar mais recursos nas suas áreas de seu interesse, além de garantir um fluxo constante para as ações prioritárias.

Controladores externos são atores que se preocupam com a sustentabilidade da política fiscal e econômica ao mesmo tempo em que prezam pela melhor alocação possível dos recursos para viabilizar uma prestação de serviços de qualidade. Utilizam instrumentos para fiscalizar a atuação dos demais atores e demandar transparência e *accountability* dos gastos públicos. Quando empoderados, esses atores têm poder para reorganizar a alocação dos gastos públicos e propor sanções aos atores que estiverem infringindo as regras formais ou desrespeitando os princípios e

processos estabelecidos. São representados pelo Poder Legislativo, Órgãos de Controle, Instituições Fiscais Independentes e sociedade civil organizada.

A partir dessa descrição feita por Borges (2022), é possível verificar que o papel dos diferentes atores dentro do arranjo de governança não é estável. Uma vez que estão dadas as regras e os instrumentos que estão a sua disposição, os atores constantemente buscam alterar o equilíbrio de poder para se fortalecer no processo orçamentário e, assim, conseguir mais recursos para financiar as políticas de seu interesse, tal qual as características de dinâmica, estratégia e capacidade descritas por Capano, Howlett e Ramesh (2015).

Diante desse cenário de busca por cada vez mais recursos, vale mencionar um aspecto do orçamento público que agrava ainda mais essa disputa. Por suas características de não excluibilidade e rivalidade¹, o orçamento pode ser considerado um bem de uso comum (Mattos, 2022). Por apresentar essas características, a teoria econômica indica a existência de um dilema social na sua utilização: como os atores que participam do processo orçamentário tem livre acesso às decisões alocativas, eles buscam sempre maximizar a sua utilização, ou seja, estão sempre demandando uma parcela maior de recursos para financiar as políticas públicas de seu interesse. Contudo, como os recursos são escassos e há rivalidade na utilização, o resultado é uma predação do orçamento. Dito de outra forma,

cada um se coloca em posição de conquista de volumes adicionais de recursos, na margem de suas próprias alocações, fazendo emergir a tendência a uma corrida generalizada por recursos adicionais – todos os atores agindo da mesma forma, levando o sistema à exaustão. (Mattos, 2022, p. 70).

Conforme será demonstrado a seguir, essa disputa por cada vez mais espaço no orçamento público trouxe consequências importantes para a governança orçamentária do Brasil na última década. Mudanças constantes nas regras orçamentárias levaram ao estabelecimento de diferentes regimes orçamentários ao longo dos anos e a uma instabilidade institucional que se reflete em desequilíbrios no financiamento das políticas públicas.

¹ Um bem é considerado não excludente quando é impossível ou economicamente inviável impedir sua utilização por todas as pessoas. E é rival quando o seu consumo impede o consumo por outras pessoas. Assim, ainda que todos os atores que participam do processo orçamentário tenham acesso aos recursos públicos, por meio da alocação orçamentária, a destinação de recursos orçamentários para uma política pública impede que esses mesmos recursos sejam utilizados por outra política.

3.3 INSTRUMENTOS

O século XX foi marcado por mudanças significativas no campo da ciência política. O momento conhecido como virada argumentativa marcou a transição de um modelo de análise tecnicista para uma análise que reconhece a natureza complexa e multifacetada dos problemas públicos, com múltiplos atores e interesses disputando espaço na arena política. Foi nesse período que se desconstruiu a ideia de que a análise de políticas públicas é uma tarefa puramente técnica e neutra de valores (Fischer et al., 2016).

Foi também durante o século XX que ocorreram mudanças relevantes no desenvolvimento dos Estados e, consequentemente, na produção de políticas públicas. Em especial no período do pós-guerra, com o avanço das ideias de bem-estar social, observou-se a evolução e também a criação de novos programas e políticas em diferentes setores da sociedade. Esse movimento foi acompanhado por inovações na forma de intervenção do Estado, pela incorporação de novos atores no campo político e por uma ampliação dos instrumentos de políticas públicas (Lascoumes; Le Galès, 2007).

Importante ressaltar, contudo, que o interesse sobre as diferentes possibilidades de intervenção do Estado na sociedade não surgiu no século XX. Pelo menos desde o iluminismo são feitas discussões acerca dos instrumentos de políticas públicas na Europa, especialmente voltadas para questões relacionadas à violência (Hood, 2007). Antes ainda da proliferação de estudos sobre o surgimento de uma “nova governança” e de “novos instrumentos”, Max Weber e Foucault já demonstravam interesse no uso dos instrumentos pelos governos. Enquanto para Weber os instrumentos eram vistos como essenciais para a formação de uma racionalidade jurídica formal, necessária para o desenvolvimento do capitalismo moderno, para Foucault, eles estavam no centro da análise da governabilidade (Le Galès, 2010).

Se alguma inovação na análise de instrumentos surgiu a partir dos anos 1980, foi uma tentativa de classificação em tipologias genéricas que possibilitassem comparações temporais ou entre políticas de diferentes domínios (Hood, 2007). O trabalho de Christopher Hood, de 1986, foi pioneiro na classificação dos instrumentos e na sua análise como indutores de mudança (*police change*).

Em seu livro “*Tools of Government*”, Hood classifica os instrumentos de acordo com quatro aspectos, que formam o acrônimo NATO: Nodalidade, Autoridade, Tesouro e Organização. A classificação levou em consideração a utilização dos instrumentos pelos governos com os

objetivos de coleta de informações da sociedade e modificação de comportamentos, dois componentes básicos de um sistema de controle.

A nodalidade representa a capacidade do Estado de mobilizar e disponibilizar informações. A autoridade está relacionada ao poder legal, que permite a imposição de obrigações e proibições. O tesouro representa os recursos financeiros do Estado, que podem ser utilizados como moeda de troca (recursos fungíveis). E a organização denota a capacidade de direcionar a ação e modificar comportamentos, utilizando-se, para isso, a burocracia, por exemplo (Hood, 2007).

A tipologia NATO foi construída visando oferecer um quadro analítico para os instrumentos de políticas públicas que pudesse ser aplicado às mais diversas políticas e, a partir dela, outras foram sendo criadas. Há na literatura uma grande variedade de tipologias para a classificação dos instrumentos. A partir da revisão de Acciai e Capano (2018), aquelas mais utilizadas e referenciadas são as de Anne Schneider e Helen Ingram (1990), Vedung (1998) e Salamon (2002).

Fazendo uma retrospectiva do seu próprio trabalho, vinte anos após a publicação de *Tools of Government*, Hood (2007) reflete sobre as limitações da sua tipologia e sobre a evolução das pesquisas sobre instrumentos desde então. Dentre outros aspectos, o autor destaca o fato de que a tipologia NATO se restringiu a classificar o relacionamento direto entre o governo e seus governados, sendo o primeiro desprovido de institucionalidade², além de não levar em consideração aspectos relacionados aos efeitos do uso dos instrumentos para as políticas. Essas limitações, de acordo com o autor, não foram ao acaso, mas deliberadas, de modo que a tipologia pudesse ser implementada de modo mais ampliado. Apesar disso, Hood (2007) reconhece a necessidade de também serem considerados nas tipologias os instrumentos utilizados internamente pelos governos, ou seja, nos processos de desenho e de implementação de políticas públicas. Nas palavras de Hood (2007, p.130, traduzido pela autora),

a análise considerou apenas o ponto em que o “governo” (em todas as suas diversas formas institucionais) entra em contato com os cidadãos em geral. Excluiu deliberadamente todas as atividades intermédias e instrumentos associados que constituem a “função de produção” de grande parte da elaboração de políticas públicas no âmbito do governo.

² Considerar o governo como desprovido de institucionalidade (*institution-free*) significa dizer que o governo é definido como uma única instituição, desconsiderando os diversos atores que atuam em conjunto no desenho e na implementação das políticas públicas. Essa simplificação analítica é necessária porque a inclusão no modelo da multiplicidade de atores que compõem o que se chama de governo leva a variações que poderiam inviabilizar a sua aplicação.

Na medida em que expõem os aspectos internos relacionados ao desenho e a execução das políticas, a avaliação dos instrumentos intragovernamentais possibilita a mensuração dos seus efeitos sobre os resultados das políticas públicas, resolvendo duas das limitações apontadas pelo autor.

Ao avaliar a evolução das pesquisas relacionadas aos instrumentos no intervalo de vinte anos desde a publicação do seu livro, Hood (2007) reconhece três categorias principais de estudos de acordo com a sua abordagem: instituições como instrumentos, instrumentação e uma terceira categoria que abarca diferentes formas de descrever a categorizar os instrumentos, cujo maior exemplo é a tipologia “cenoura, porrete e sermão” de Vedung.

A abordagem das instituições como instrumentos vai de encontro a abordagem de Hood, e das demais abordagens *institution-free*, na medida em que considera cada uma das diferentes organizações que atuam junto ao governo na execução de políticas, sejam elas instituições públicas ou privadas, como representantes de uma gama de possíveis instrumentos de intervenção.

O principal autor representativo dessa abordagem é Salamon (2002), que reforça a importância dos instrumentos para a compreensão do que chama de uma nova governança, em que o processo de desenho das políticas públicas é menos hierarquizado e conta com uma maior participação de atores não governamentais. O trabalho de Salamon (2002) foca no crescimento desses novos atores no campo das políticas públicas e na atuação do Estado por meio de terceiros.

A abordagem da instrumentação, representada pelo trabalho de Linder e Peters (1998), é construída a partir da análise dos processos de escolha dos instrumentos, focando nos aspectos ideológicos e políticos que definem a utilização de um instrumento em detrimento de todos os outros possíveis. Para Hood, essa abordagem muda a perspectiva de análise dos instrumentos, direcionando o foco das pesquisas para o porquê determinados instrumentos são escolhidos em vez de como esses instrumentos operam.

A terceira categoria listada por Hood (2007) é marcada por uma multiplicidade de análises dos instrumentos que levaram a diferentes formas de categorização que acabam por se sobrepor em alguma medida, sendo representada pelos trabalhos de Schneider e Ingram (1990) e Vedung (1998).

Deixado de fora dessa classificação, o trabalho de Lascoumes e Le Galès é reconhecido por Hood como um aprimoramento dos diferentes trabalhos desenvolvidos entre os anos 1980 e 2000. De acordo com ele, a análise de Lascoumes e Le Galès (2007) vai mais adiante em relação

às outras abordagens na medida em que “trata os instrumentos como ‘instituições’ num sentido sociológico amplo, mapeia as formas como os instrumentos adquirem vida própria e conecta diferentes tipos de instrumentos a diferentes tipos de Estado” (Hood, 2007, p.139, traduzido pela autora).

Efetivamente, a abordagem sociológica dos instrumentos proposta por Lascoumes e Le Galès (2007) permite que sejam acessados aspectos das políticas públicas que normalmente não são analisados pelas pesquisas tradicionais. Os autores propõem a utilização dos instrumentos como forma de entender as dinâmicas da governança e identificar mudanças nos resultados das políticas públicas, conceituando os instrumentos como

um dispositivo, ao mesmo tempo técnico e social, que organiza relações sociais específicas entre o Estado e aqueles para quem são endereçados de acordo com as representações e os significados que carregam. É um tipo particular de instituição, um dispositivo técnico com o objetivo genérico de carregar um conceito concreto do relacionamento entre política e sociedade, sendo sustentado por um conceito de regulação (Lascoumes; Le Galès, 2007, p. 4, traduzido pela autora).

Sua teoria se sustenta em dois pilares: no processo de instrumentação da política pública e na lógica própria dos instrumentos: sua não neutralidade. A não neutralidade dos instrumentos é uma característica relevante, pois vai de encontro ao entendimento de que os instrumentos são dispositivos técnicos e, por isso, não têm a capacidade de impactar no resultado das políticas.

Destacando três efeitos importantes para ilustrar a não neutralidades dos instrumentos – inércia, representação da realidade e problematização – Lascoumes e Le Galès (2007) demonstram que, uma vez definidos, os instrumentos têm a capacidade de resistir a pressões externas (inércia). Além disso, sua utilização pode criar representações da realidade que favorecem determinado grupo. E por fim, uma vez que uma representação da realidade foi estabelecida e pressões externas não são capazes de alterar as percepções criadas, as interpretações acerca da questão pública engendram problematizações particulares que não necessariamente refletem um problema de política pública.

Utilizando-se da política pública de saúde como exemplo, é senso comum que os desvios e as aplicações não eficientes de recursos públicos são responsáveis pelos problemas de acesso aos serviços. Contudo, especialistas demonstram por meio de pesquisas científicas que é o subfinanciamento crônico do sistema público de saúde que impacta diretamente na prestação de serviços para a população. Assim, influenciados pelos atores que defendem a política de austeridade, os instrumentos de comunicação utilizados para informar a população acerca do

funcionamento dos serviços de saúde pública criaram na sociedade a percepção de que a má gestão dos recursos públicos é a responsável pelos gargalos de atendimento do SUS. A partir dessa construção da realidade, são feitas problematizações sobre a eficiência dos gastos públicos com saúde no lugar de se buscar novas fontes de financiamento para a política. Nesse contexto, a inércia impede o avanço de proposições que garantam os recursos mínimos necessários para a manutenção do sistema.

Um exemplo relacionado à governança orçamentária é a utilização do instrumento das emendas parlamentares para modificar regras processuais e, com isso, empoderar o Legislativo na definição alocativa do Estado. Apoiando-se em uma regra constitucional que permite a proposição de emendas às despesas do orçamento, criou-se uma representação da realidade que impediu a problematização acerca dos impactos da atuação parlamentar sobre os resultados das políticas públicas, normalizando sua dupla atuação como controlador e executor. A inércia atuou, nesse caso, no sentido de impedir que pressões do Executivo, ou até mesmo da sociedade, freassem o avanço dos parlamentares na definição alocativa e, em última instância, na execução orçamentária federal.

No primeiro exemplo, o instrumento da comunicação, que deveria resultar em maior divulgação das ações de saúde pública para a população, acabou disseminando uma imagem distorcida sobre o sistema de saúde e impedindo um debate mais amplo acerca dos seus problemas de subfinanciamento. No segundo caso, uma análise mais restrita ao funcionamento intragovernamental, a utilização das emendas parlamentares ultrapassa sua permissão constitucional de correção de erros e omissões e resulta em uma captura do orçamento, modificando a lógica alocativa vigente até então. Fica evidente, assim, a não neutralidade dos instrumentos.

Outro ponto a ser destacado é o entendimento de que todos os instrumentos carregam algum nível de ambiguidade, no sentido de apresentarem resultados diferentes quando aplicados a contextos diferentes. Pode-se usar a taxação como exemplo. A princípio, os impostos são utilizados com o objetivo de arrecadação. Entretanto, os resultados para a política econômica da aplicação de impostos sobre importação são diferentes quando comparados com os impostos sobre a propriedade de veículos, ou impostos sobre lucros, por exemplo. E mesmo os impostos sobre importação podem gerar resultados diferentes quando aplicados em setores econômicos diferentes. Assim sendo, a escolha dos instrumentos também não é neutra.

O processo de seleção e escolha dos instrumentos é o que a teoria francesa chama de instrumentação. Entendendo não se tratar de uma etapa puramente técnica, mas também política, a instrumentação é crucial para a definição das relações de poder que irão balizar o comportamento dos atores na arena de decisão.

A instrumentação da política pública é, portanto, uma forma de organização das relações sociais. Como resultado da escolha de um instrumento é possível que o comportamento de cada ator envolvido na política se modifique, influenciando diretamente as capacidades de coordenação dentro do arranjo de governança. Assim, um instrumento, tal qual uma instituição, define as regras do jogo da política pública, privilegiando uns em detrimento de outros.

A teoria sociológica dos instrumentos considera que eles atuam da mesma forma que as instituições. De acordo com North (1991), instituições podem ser entendidas como as “regras do jogo” da sociedade, e essas regras podem ser formais, como as leis, os contratos e os regulamentos, ou informais, como valores culturais, costumes e tradições. Enquanto as instituições formais são facilmente modificáveis, as informais, por se assentarem em tradições, são mais rígidas e demoram mais tempo para serem alteradas. Em vista disso, nem sempre uma mudança nas regras formais irá resultar em mudanças reais na sociedade. De forma análoga, nem sempre a utilização de um instrumento em políticas públicas irá apresentar o resultado esperado inicialmente.

A abordagem dos arranjos de implementação está diretamente associada à concepção sociológica dos instrumentos. Tendo em vista o quadro analítico proposto por Pires e Gomide (2024), em que as relações entre os diversos atores participantes do arranjo são as definidoras dos resultados das políticas, a utilização de instrumentos ganha destaque na análise. É a partir dos instrumentos que os atores marcam seu papel no interior dos arranjos e são definidas as possibilidades de coordenação da ação estatal. As capacidades estatais vão sendo moldados de acordo com os resultados da interação entre atores e instrumentos em dado contexto político-institucional.

Ao longo dessa pesquisa, serão identificados diferentes instrumentos de ação pública mobilizados pelos atores participantes do arranjo de implementação do processo orçamentário, tanto no nível federal, como no âmbito restrito da política pública de saúde. Ante ao exposto nesse capítulo, esses instrumentos devem ser compreendidos de acordo com a definição sociológica de Lascoumes e Le Galès (2007).

4 GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA NO BRASIL

4.1 O PODER LEGISLATIVO E O SISTEMA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

O planejamento governamental é uma importante ferramenta de gestão. Além de definir os resultados esperados para os programas e políticas do governo, também sinaliza as prioridades da gestão e os esforços que poderão ser dispensados para o alcance das metas previstas a cada ano.

A Constituição Federal de 1988 (CF88) reforçou a centralidade do planejamento para a condução das políticas públicas ao definir o Plano Plurianual (PPA) como orientador da programação orçamentária. O PPA estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para um período de quatro anos e, com base nessas orientações, devem ser elaboradas, anualmente, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Cabe à LDO o papel de definir as diretrizes para elaboração e execução do orçamento, bem como as diretrizes e metas para a política fiscal. A LOA representa o orçamento propriamente dito, apresentando as estimativas para as receitas e as despesas que poderão ser realizadas a cada ano.

Formalmente, a elaboração do planejamento federal é responsabilidade do Poder Executivo, que conta, para isso, com a estrutura do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal (SPOF), composto pelo Ministério do Planejamento, como órgão central, e pelas unidades de planejamento e orçamento dos diversos Ministérios do governo. Ao SPOF compete formular e gerenciar o Plano Plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais, bem como elaborar o planejamento estratégico nacional e os planos nacionais, setoriais e regionais de desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2001).

Uma vez elaborados, esses instrumentos são enviados ao Congresso Nacional (CN) na forma de Projetos de Lei (PL) para serem apreciados pelos parlamentares. Na prática, a elaboração do planejamento e do orçamento federal é permeada por articulações políticas e, desse modo, compartilhada entre Executivo e Legislativo, em que pese existirem assimetrias de poder nessa relação, com maior força pendendo para o Executivo e para os parlamentares da base do governo, pelo menos até o início dos anos 2010.

Cada PL possui um prazo e um rito de tramitação, mas todos devem ser avaliados e aprovados pelo Poder Legislativo antes de serem sancionados pelo chefe do Executivo e terem sua execução iniciada. Uma comissão mista permanente de senadores e deputados – a Comissão Mista

de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO)³ – é responsável por apreciar e emitir parecer sobre os PL.

Durante a fase de apreciação, os parlamentares têm a prerrogativa de propor alterações aos PL, feitas a partir das chamadas emendas parlamentares. É por meio das emendas que o Legislativo participa do planejamento governamental. Os parlamentares podem, então, propor emendas para alterar metas definidas para as políticas públicas constantes no PLPPA, para modificar regras orçamentárias previstas no PLDO, para remanejar recursos entre diferentes programas de governo e corrigir possíveis erros e omissões presentes no PLOA, além de demais alterações que tenham respaldo na legislação vigente. No caso do PLOA, como regra constitucional, todas as emendas devem estar alinhadas à LDO e devem ser compatíveis com o PPA para serem aprovadas, ou seja, não poderão ser aprovadas emendas que, por exemplo, incluam dotação orçamentária em programa que não conste no planejamento inicialmente enviado pelo Executivo.

Ainda que mais recentemente as emendas ao PLDO tenham ganhado relevância no arranjo de implementação do processo orçamentário federal, historicamente eram as emendas ao PLOA as que mais afetavam o financiamento das políticas públicas, visto que incidem diretamente sobre a estimativa das receitas e sobre a alocação das despesas da União, podendo reduzir ou acrescentar dotações orçamentárias ou ainda incluir novas dotações ao orçamento federal.

As emendas parlamentares são classificadas de acordo com seu autor, podendo ser de quatro tipos: individual, de bancada estadual, de comissão e do relator-geral do orçamento. Para cada uma delas há regras específicas, que se encontram definidas na CF88, na Resolução nº 1, de 2006 do CN e na Lei Complementar nº 210, de 25 de novembro de 2024.

As emendas individuais são propostas diretamente pelos deputados e senadores. De acordo com a regra vigente, o montante relativo a essas emendas deve ser distribuído de forma equitativa pela quantidade de parlamentares no exercício do mandato e é calculado com base na Receita Corrente Líquida (RCL) do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto — sendo 1,55% da RCL destinado a deputados e 0,45% a senadores⁴. Do total disponível para cada parlamentar, 50% pode ser alocado livremente em programações de sua escolha e 50% deve ser

³ Composta por 30 deputados e 10 senadores titulares e seus respectivos suplentes. Os componentes da CMO são escolhidos anualmente pelas lideranças e blocos partidários, observado o critério da proporcionalidade partidária, conforme Resolução nº1 de 2006 do CN.

⁴ Conforme Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022.

obrigatoriamente destinado ao financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e será contabilizado para fins de avaliação do cumprimento do limite mínimo constitucional de gastos em saúde da União.

As emendas de bancada estadual, diferentemente das individuais, são propostas de forma coletiva pelos parlamentares membros da bancada. Desde 2024, devem ser propostas apenas para o financiamento de projetos e ações estruturantes para a Unidade da Federação representada pela bancada, observados os requisitos legais. Cada bancada poderá apresentar no máximo oito emendas ao PLOA, sendo vedada a individualização para atendimento de demandas ou indicações individuais de membros da bancada.

As emendas de comissão também são propostas de forma coletiva pelas comissões permanentes do Senado e da Câmara e pelas comissões mistas permanentes do CN. Devem ter caráter institucional e representar interesse nacional ou regional, conforme legislação aprovada em 2024. Essas emendas devem vir acompanhadas das respectivas justificativas que contenham elementos que permitam aferir os benefícios sociais e econômicos para a população beneficiada pela respectiva política pública. Da mesma forma como ocorre com as emendas individuais, 50% das emendas de comissão devem ser obrigatoriamente destinadas a ASPS.

Por fim, as emendas propostas pelo relator-geral do orçamento devem ter como finalidade corrigir erros e omissões de ordem técnica ou legal, recompor dotações canceladas (sendo a recomposição limitada ao montante originalmente proposto no PLOA) e atender às especificações dos pareceres preliminares. Diferentemente do que ocorre com as demais emendas, as emendas do relator-geral não podem ser propostas com o objetivo de incluir programação nova ou majorar valores de programações existentes⁵.

As regras para proposição e aprovação das emendas parlamentares foram se modificando ao longo dos anos. As características descritas acima referem-se à norma mais atual, vigente desde a aprovação da Lei Complementar 210, de 25 de novembro de 2024 (LC210/2024).

Com o objetivo de facilitar a identificação das emendas à despesa na peça orçamentária e, especialmente, possibilitar o acompanhamento da sua execução pelos proponentes, foram utilizados os indicadores de resultado primário (RP) como marcadores para emendas parlamentares

⁵ Conforme entendimento firmado pelo STF em acórdão relativo ao julgamento da ADPF 854.

no orçamento⁶. A seguir estão demonstrados os indicadores criados para cada um dos quatro tipos de emenda.

Tabela 1 – Tipos de emenda parlamentar e indicador RP

Tipo de Emenda	Indicador RP	Classificação da Despesa	Ano de Criação do indicador RP
Individual	RP 6	Discricionária	2014
Bancada Estadual	RP 7	Discricionária	2017
Comissão	RP 8	Discricionária	2020
Relator-Geral	RP 9	Discricionária	2020

Fonte: Portal da Transparência, elaborado pela autora.

Percebe-se pela análise da Tabela 1 que a totalidade das emendas parlamentares à despesa incide sobre despesas discricionárias. Sendo assim, é importante diferenciar despesas discricionárias de despesas obrigatórias. Despesas discricionárias são de livre alocação e podem ser utilizadas da maneira que o governo achar mais adequada, desde que constem no planejamento plurianual e nas leis orçamentárias. Em momentos de restrição fiscal, são essas despesas que sofrem os maiores impactos de bloqueios ou reduções como forma de limitar os gastos públicos. Por outro lado, as despesas obrigatórias são aquelas ligadas a obrigações constitucionais e, como o próprio nome diz, são de execução obrigatória⁷ e não podem ser objeto de limitação de empenho. Fazem parte desse grupo os gastos assim definidos na LDO de cada ano, além de gastos com despesas de pessoal, os benefícios assistenciais e previdenciários, entre outros.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à obrigatoriedade de execução de despesas que tenham alguma vinculação constitucional, como é o caso dos gastos com saúde. A CF88 determina que um percentual da RCL de cada ano seja direcionado para gastos com ASPS. Em vista disso, o orçamento federal da política de saúde é composto por gastos obrigatórios e gastos discricionários cuja execução é obrigatória em virtude da vinculação constitucional.

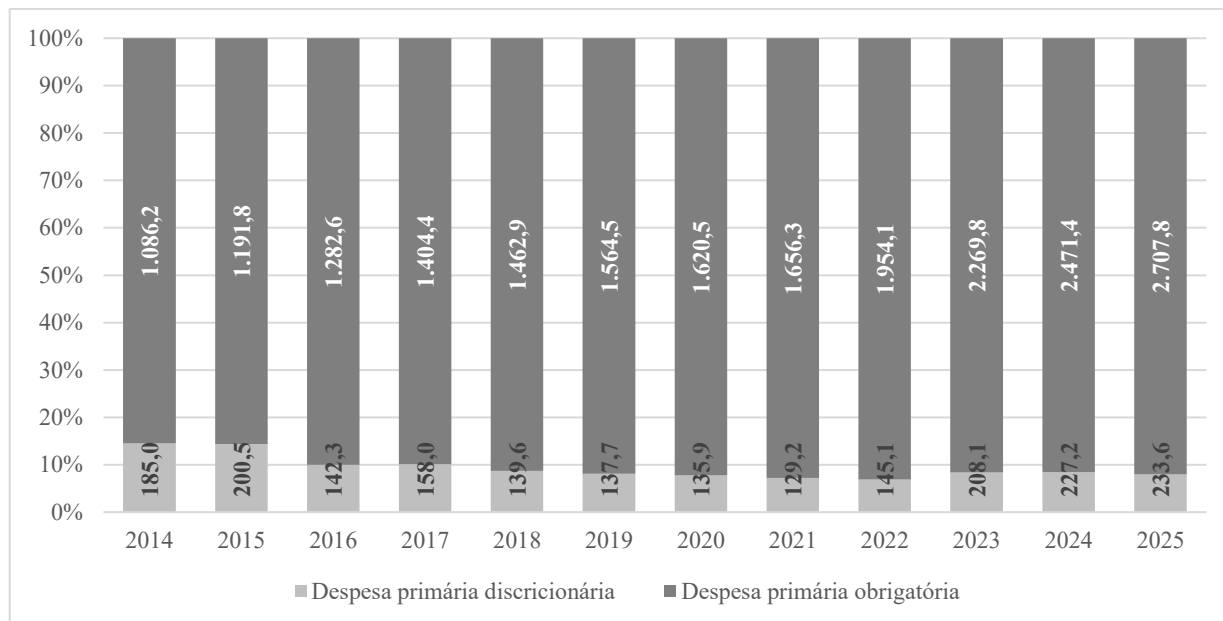
Feitos esses esclarecimentos, interessa ressaltar que as despesas discricionárias correspondem a cerca de 10% do orçamento federal total e o espaço fiscal para essas despesas tem se reduzido nos últimos anos, conforme demonstrado no Gráfico 1.

⁶ Os indicadores de resultado primário foram originalmente criados com a finalidade de auxiliar na apuração do resultado primário das contas públicas, mas acabaram ganhado outras funções a partir de 2005, quando o governo criou o indicador RP3 para identificar os recursos do Projeto-Piloto de Investimentos Públicos (PPI). Com a aprovação da impositividade das emendas parlamentares, novos indicadores foram sendo criados com o objetivo de facilitar a identificação da execução desses recursos (Faria, 2023).

⁷ Cumpre ressaltar que desde a aprovação da Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019, as despesas discricionárias programadas no orçamento também passaram a ser de execução obrigatória.

Muitos são os fatores que influenciam a redução proporcional das despesas discricionárias no orçamento (Bijos; Almeida, 2025). Para a presente pesquisa, importa mais entender o papel do SPOF no planejamento das ações orçamentárias, das políticas e dos programas que dependem desses recursos do que explicar as razões para a sua redução.

Gráfico 1 – Distribuição de Despesas Obrigatórias e Despesas Discricionárias no Orçamento Federal Total – em R\$ Bilhões



Fonte: Painel do Orçamento Federal – Siop, elaborado pela autora.
Valores nominais referentes à dotação inicial da LOA de cada ano.

Haja vista uma grande parte das políticas públicas serem financiadas com recursos de despesas discricionárias, quanto maior for a pressão sobre essas despesas, maior será o impacto sobre a implementação das políticas. Desse modo, é papel do SPOF atuar como definidor de prioridades para garantir a alocação eficiente dos recursos públicos e a manutenção dos programas e das políticas prioritárias, usando, para isso, os instrumentos de que dispõe: o projeto de lei orçamentária e o planejamento.

A CF88 destaca a centralidade do planejamento para a definição alocativa, uma vez que o orçamento anual deve ser elaborado tendo como base os objetivos e as metas previstos no PPA. Pela regra, a elaboração do PPA deve ser conduzida pelo Executivo, com ampla participação da sociedade – principal beneficiário dos seus resultados – tendo como foco central os resultados a longo prazo. Nele, devem estar ordenadas as prioridades do governo, de modo que possa servir como um guia para os tomadores de decisão.

Apesar da centralidade que se buscou conferir ao planejamento, observa-se atualmente um esvaziamento desse instrumento governamental. No caso específico do PPA, seu enfraquecimento pode ser associado a fatores como as reformas da Nova Administração Pública, que alterou a forma como o planejamento se estruturava até então. Baseando-se nos conceitos da teoria da administração, o objetivo da reforma era reorganizar a ação do Estado, com foco em eficiência de gastos e em ações orientadas a resultados, em linha com o pensamento fiscalista dominante à época. A reforma do orçamento do ano 2000, que buscou uma integração entre planejamento e orçamento, acabou transformando o PPA em uma espécie de orçamento plurianual piorado. Na medida em que todas as ações passaram a fazer parte do PPA, esvaziou-se sua dimensão estratégica e o plano se transformou em um instrumento tático-operacional. A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) teve impacto semelhante, na medida em que deu prioridade ao ajuste fiscal de curto prazo em detrimento dos gastos públicos com resultados de longo prazo. Nesse sentido, houve uma inversão de papéis, em que o orçamento passou a ser a referência para a elaboração do planejamento (Cardoso Jr.; Siqueira, 2009; Santos, 2009; De Toni, 2017; Gimene; Couto, 2017).

Soma-se a isso o fato de que até os dias atuais não foi regulamentado o § 9º do Art. 165 da CF88, que prevê a publicação de uma Lei Complementar para dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do PPA⁸. Sem que existam instituições formais que amparem a sua elaboração, o plano fica sujeito à modificações aleatórias de acordo com a ideologia e os interesses dos governantes. Desse modo, a cada novo governo, uma nova metodologia de planejamento pode ser implementada (Couto; Cardoso Jr, 2020).

Conforme será demonstrado ao longo dessa pesquisa, é nesse cenário de enfraquecimento do planejamento e de redução do espaço fiscal para as despesas discricionárias que estão se acirrando as disputas alocativas entre os Poderes Executivo e Legislativo.

Desde 2015, quando o CN aprovou uma Emenda à Constituição que tornou obrigatória a execução das emendas individuais⁹, os parlamentares têm avançado cada vez mais sobre o orçamento federal. O crescimento recente, tanto em volume como em percentual de participação,

⁸ A LC 210, de 25 de novembro de 2024, apesar de se propor a regulamentar esse dispositivo constitucional, dispõe apenas sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na lei orçamentária anual.

⁹ Até então, a prerrogativa para execução das emendas parlamentares era do Poder Executivo. Dessa forma, a inclusão de emendas na LOA não garantia a sua execução. A partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, o Executivo passou a ser obrigado a executar todas as emendas individuais incluídas na LOA.

das emendas parlamentares à despesa tem preocupado o governo, uma vez que os recursos de emendas disputam espaço no orçamento com as políticas públicas financiadas via despesa discricionária.

Ainda que a CF88 tenha se preocupado em incluir o Legislativo no processo de formulação do orçamento público, ela também definiu regras para a sua participação. Conforme §3º do Art. 166, para serem aprovadas, as emendas parlamentares devem ser compatíveis com o PPA e a LDO.

§ 3º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso:

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;

II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:

a) dotações para pessoal e seus encargos;

b) serviço da dívida;

c) transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal;

ou

III - sejam relacionadas:

a) com a correção de erros ou omissões; ou

b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

Ante ao exposto, podem-se elencar quatro questões importantes a serem debatidas: a necessidade de uma revisão do PPA para que ele se reestabeleça como o principal instrumento definidor de prioridades alocativas do governo; os critérios utilizados pelos parlamentares para definirem a destinação de suas emendas; a responsabilização pelos resultados da execução das emendas sobre as políticas públicas, bem como em relação ao custo-benefício da alocação; e, por fim, os instrumentos que podem ser utilizados pelo Executivo para regular a execução das emendas parlamentares com vistas a conseguir a melhor alocação possível dos recursos públicos.

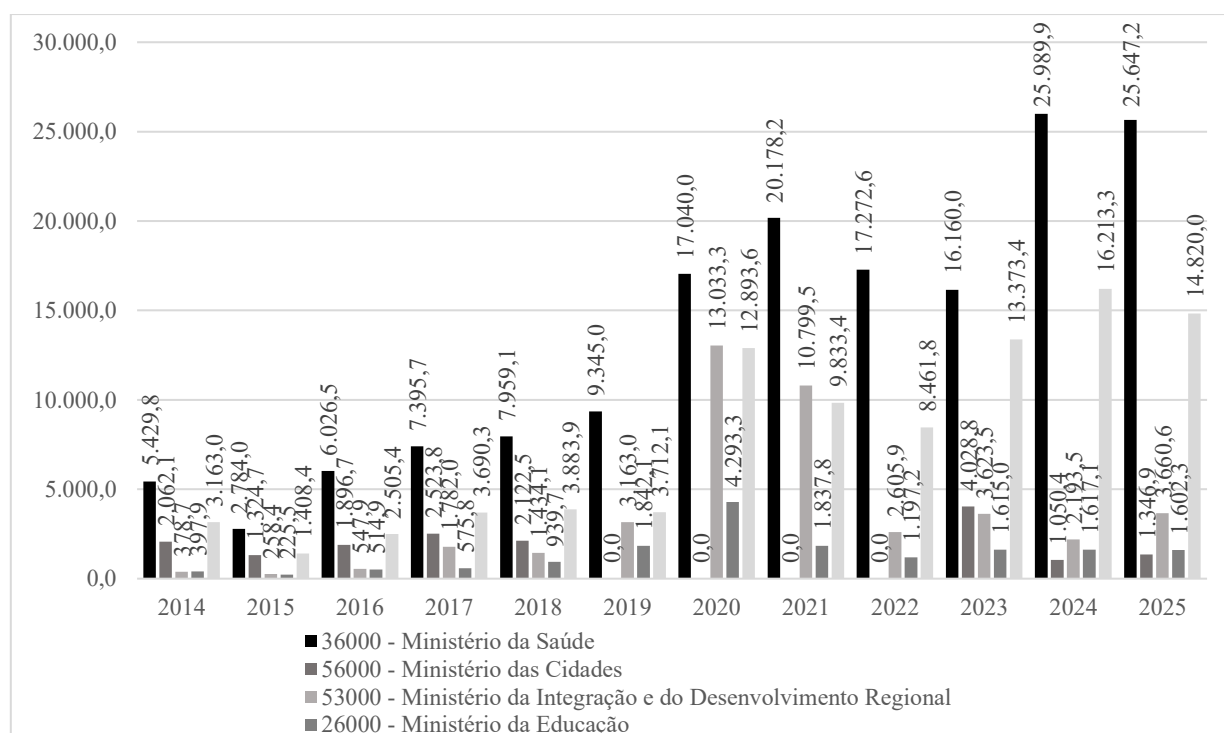
A presente pesquisa irá se debruçar sobre a última questão. Ante ao enfraquecimento do planejamento governamental, entende-se que o Poder Executivo, representado por seus Ministérios, deve mobilizar outros instrumentos para regular seu relacionamento com o Congresso no que diz respeito a execução das emendas parlamentares. Diante da instabilidade que se observa atualmente na governança orçamentária e no arranjo de implementação do processo orçamentário no Brasil é preciso identificar quais instrumentos podem ser utilizados pelos ministérios na tentativa de regular a proposição das emendas parlamentares visando minimizar possíveis impactos negativos dessas alocações sobre a política pública.

O impacto das alocações parlamentares sobre o planejamento e o financiamento das ações do governo pode ter variações significativas a depender da política analisada. No caso de

Ministérios com menor orçamento, qualquer pequena alteração realizada na sua proposta orçamentária inicial pode afetar sobremaneira a implementação de seus programas e, consequentemente, os resultados da política. Por outro lado, poder-se-ia supor que aqueles Ministérios que possuem orçamentos mais robustos ou que contam majoritariamente com recursos de despesas obrigatórias, sentiriam menos os efeitos negativos de alocações não planejadas de recursos, como é o caso do Ministério da Saúde.

Contudo, diante da obrigatoriedade de destinação de 50% de todas as emendas individuais e de comissão para o orçamento da Saúde, os impactos das emendas sobre o financiamento federal do SUS tem sido cada vez maiores. Há de se considerar, ainda, que o MS é, historicamente, o maior destinatário de emendas parlamentares da Esplanada, conforme ilustrado pelo Gráfico 2.

Gráfico 2 – Valor total* de emendas parlamentares executadas por Órgão Orçamentário – em R\$ Bilhões de 2025



Fonte: Painel do Orçamento Federal – Siop, elaborado pela autora.

Valores corrigidos pelo IPCA de 2025.

Dados referentes ao valor empenhado de cada ano, considerando apenas os indicadores de resultado primário RP6, RP7, RP8 e RP9.

* Os valores desconsideram a execução de emendas não registradas como RP tampouco aquelas registradas em outros RPs, tais como RP2 ou RP3.

Há de se considerar também que as emendas impositivas são necessariamente alocadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde, que são contabilizadas como gasto efetivo em saúde da União. Ou seja, os recursos alocados via emenda parlamentar no SUS não estão se somando ao orçamento da pasta, mas sim, substituindo o financiamento federal da política de saúde pública por recursos carimbados por parlamentares sem que se saiba os impactos dessa substituição sobre a prestação de serviços e sobre os resultados de saúde da população.

O cenário fica ainda mais grave ante ao fato de que não há transparência quanto aos critérios utilizados para a definição alocativa das emendas, tampouco quanto aos resultados dessas alocações em relação aos objetivos dos diferentes programas. Fica, pois, evidente a necessidade de se aprimorar os instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde na gestão das emendas parlamentares.

Desde que as emendas passaram a ser impositivas, o MS perdeu o controle sobre a definição daquilo que faz ou não sentido para a política pública. Sem os instrumentos adequados, corre-se o risco de serem executados recursos que não contribuem para uma efetiva melhora da prestação de serviços e que não estejam alinhados com as diretrizes construídas de forma tripartite. Além disso, o Órgão Setorial de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde viu-se obrigado a alterar seu processo orçamentário para lidar com a perda de recursos para as emendas parlamentares.

Cumprе ressaltar que o objetivo dessa pesquisa não é questionar a legitimidade das emendas parlamentares. Parte-se da premissa que toda escolha alocativa é política, de modo que não se pode afirmar que as alocações propostas pelo Executivo são sempre baseadas em critérios estritamente técnicos e superiores em comparação com as alocações propostas pelo Legislativo. Contudo, é preciso compatibilizar interesses para se alcançar os melhores resultados possíveis para as políticas públicas. Sendo assim, é imperativo que os Ministérios setoriais disponham de instrumentos capazes de promover um melhor uso dos recursos públicos, com foco nas reais necessidades da população e na redução de desigualdades regionais.

4.2 REGIMES DE GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA

Para conseguirmos entender o panorama atual da governança orçamentária no Brasil, é preciso, inicialmente, conhecer o conjunto de regras que regem o comportamento dos atores que disputam espaço na arena fiscal. Esse conjunto de regras subjacentes ao processo de alocação orçamentária configura os regimes de governança orçamentária (Barcelos; Couto; Calmon, 2022).

De acordo com Barcelos, Couto e Calmon (2022) os últimos anos foram marcados por grande instabilidade nas regras fiscais brasileiras, que resultaram em cinco diferentes regimes orçamentários no período de 1964 a 2022, cada um privilegiando e enfraquecendo diferentes atores a depender das regras que se impunham a cada momento. O primeiro regime orçamentário identificado pelos autores se estabeleceu a partir da publicação da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, conhecida como a Lei de Finanças Públicas, que implementou normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Vista como um grande avanço para a sua época, a Lei de Finanças Públicas padroniza a estrutura orçamentária para as três esferas de governo, define classificações para receitas e despesas, estabelece a estrutura para as leis orçamentárias, além de regular a execução do orçamento. Em virtude do contexto político que se seguiu a essa normatização, os gastadores e os definidores de prioridades foram os atores com maior destaque no arranjo durante esse primeiro regime.

A promulgação da CF88 define o começo do segundo regime de governança orçamentária brasileiro. O principal marco dessa alteração estrutural está na introdução dos novos instrumentos de planejamento e orçamento, representados pelo PPA, LDO e LOA. Conforme discutido anteriormente, essa foi uma alteração importante na governança orçamentária brasileira, pois colocou o planejamento de médio prazo como orientador dos gastos públicos. Destaca-se também a inclusão de novos atores participando do processo orçamentário, em especial a sociedade civil organizada, como resultado do processo de redemocratização que ocorria há época.

Houve ainda uma preocupação em não concentrar o poder alocativo exclusivamente no Executivo, considerando-se o contexto político-institucional imediatamente anterior à Assembleia Constituinte. Como consequência, o Poder Legislativo passou a atuar como revisor do processo orçamentário e ganhou espaço também na definição alocativa, por meio das emendas parlamentares (Figueiredo; Limongi, 1995).

No ano 2000, a aprovação da Lei Complementar nº 101 (LRF), juntamente com a Reforma Gerencial dos Orçamentos, marcaram o início do terceiro regime de governança identificado por Barcelos, Couto e Calmon. Nesse período o país passava por transformações institucionais importantes, como consequência da crise do balanço de pagamentos de 1998 e do acordo firmado com o Fundo Monetário Internacional (FMI), que impunha restrições aos gastos públicos e metas rígidas para manutenção de superávits primários nas contas públicas.

A edição da LRF foi resultado desse acordo com o FMI e representou uma vitória dos guardiões no arranjo de governança, pois estes buscavam respaldo internacional para implementar uma política fiscal restritiva no Brasil, em linha com o pensamento neoliberal vigente (Cardoso Jr, 2022). Nesse sentido, é interessante ressaltar a contribuição de Barcelos (2012) sobre o caráter puramente fiscalista da referida Lei. Conforme destacado pelo autor, a LRF preocupa-se mais em coibir comportamentos possivelmente oportunistas dos gastadores e menos com a qualidade do gasto público em si. Isso se verifica nos dispositivos de monitoramento e avaliação propostos pela Lei. Conforme aponta Barcelos, esses instrumentos não são direcionados para a aferição de resultado das políticas públicas, mas sim para a conduta macrofiscal do governo. Nas palavras de Barcelos (2012, p.128),

se os atores que fazem a coordenação da política macrofiscal não se desviarem das metas pactuadas, se cumprirem com as restrições relacionadas à geração de despesas, se promoverem a exploração da base tributária e se respeitarem as limitações de endividamento, por exemplo, mas fracassarem em outras dimensões da governança dos recursos comuns (como a manutenção da capacidade organizacional das redes de políticas públicas e a satisfação das necessidades essenciais dos usuários que mais dependem dos bens e serviços públicos), o conceito de monitoramento da LRF não acusará desvios relevantes de comportamento ou de expectativas. O que está sob análise no monitoramento da LRF é a conduta macrofiscal, e não a capacidade de gerar respostas (em termos de fluxos de benefícios) compatíveis com as necessidades dos usuários do *common* orçamentário.

A LRF é, portanto, uma regra que se alinha ao pensamento neoliberal dominante à época da sua elaboração e, como consequência disso, além de empoderar os guardiões da despesa e enfraquecer os gastadores, também fortaleceu os controladores externos. Foi durante esse período que atores como Ministério Público Federal, Poder Legislativo e Tribunal de Contas da União, ganharam protagonismo no arranjo de implementação do processo orçamentário. Sua atuação extrapola o fomento à transparência e a fiscalização da correta aplicação de recursos públicos e volta-se para a criminalização de agentes públicos e inibição dos gastos sociais (Cardoso Jr, 2022).

O quarto regime identificado pelos autores ocorreu a partir da criação de novos instrumentos de programação orçamentária que contrariavam a dinâmica observada no regime

anterior. É marcado pela criação do Projeto-Piloto de Investimentos (PPI) em 2005 e pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em 2007, numa tentativa do definidor de prioridades de demonstrar que não são apenas os cortes de gastos que produzem efeitos benéficos nas contas públicas. Assim, o fomento ao investimento público tinha como objetivo fortalecer os definidores de prioridades no arranjo e, ao mesmo tempo, beneficiar a população e gerar crescimento econômico.

De acordo com Barcelos, Couto e Calmon (2022), esse foi um regime de transição, que não vigorou por tempo suficiente para firmar suas características, tendo sido substituído pelo quinto regime a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC95/2016), que implementou no Brasil o chamado Novo Regime Fiscal (NRF).

O NRF estabeleceu limites individualizados para as despesas primárias dos três Poderes por um prazo de 20 anos. Como regra, as despesas poderiam crescer a cada ano na mesma proporção da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), havendo diversas vedações no caso de descumprimento desse limite. A aposta do governo era de que essa nova condução da política fiscal, baseada em congelamento dos gastos públicos, teria um efeito expansionista via investimentos privados, o que não se comprovou na prática.

Um aspecto a ser destacado acerca desse regime diz respeito ao enfraquecimento do planejamento federal de médio prazo. O governo eleito em 2018 propôs uma alteração normativa para suprimir a necessidade de elaboração do PPA da CF88, além de ter extinguido o órgão responsável por toda a coordenação do PPA e alterado a metodologia para sua elaboração (Brasil, 2019a).

Duas características marcantes do quinto regime de governança são o avanço do Legislativo na alocação orçamentária e o empoderamento, mais uma vez, dos controladores externos no arranjo de implementação, o que se deu a partir de algumas alterações institucionais importantes. Em primeiro lugar, destaca-se o progressivo avanço das emendas parlamentares sobre o orçamento federal a partir de 2016, possibilitando ao CN acumular os papéis de gastador e definidor de prioridades, além do seu papel clássico de controlador. Com relação ao empoderamento dos controladores, cuja relevância no arranjo já havia se estabelecido durante o terceiro regime, destaca-se a criação da Instituição Fiscal Independente pelo Senado Federal em 2016 e a instituição da Política de Governança da Administração Pública Federal pelo Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017.

O NRF foi o quinto e último regime de governança orçamentária identificado por Barcelos, Couto e Calmon (2022). Contudo, pode-se deduzir que um sexto regime de governança orçamentária teve início no país em 2023 após a aprovação EC126/2022, que revogou as regras de condução da política fiscal impostas pela EC95/2016.

Conhecida como emenda da transição, a EC126/2022 formalizou os acordos firmados entre Legislativo e Executivo durante a fase de transição de governos em virtude das eleições presidenciais de 2022. Como parte da regulamentação da EC126/2022, foi aprovada em agosto do ano seguinte, a Lei Complementar nº 200/2023, que definiu novas regras para a condução da política fiscal com o objetivo declarado de garantir estabilidade e criar condições para o crescimento econômico sustentável do país.

Ainda que tenha alterado importantes regras que definem a forma de utilização dos recursos públicos, há de se avaliar como as relações de poder dentro do arranjo de governança serão impactadas nesse possível novo regime. Se por um lado é difícil imaginar que o papel dos controladores será alterado, por outro, havia uma expectativa de retomada de poder pelo Executivo como gastador e definidor de prioridades. Isso porque uma das intenções do então novo governo era retomar seu protagonismo nas definições alocativas, que foi enfraquecido durante o quinto regime de governança orçamentária, quando o Legislativo ampliou seu poder sobre as despesas discricionárias, conforme será demonstrado a seguir.

É interessante observar que as regras que marcam o início de um novo regime de governança no Brasil não substituem as regras dos regimes anteriores. Com exceção do possível sexto regime, que revogou o NRF, todas as demais regras foram se somando aquelas já existentes no conjunto de regras da governança orçamentária brasileira. Assim, o regime de governança que vigora atualmente – independentemente de considerarmos ou não o início de um sexto regime em 2022 – é composto pela Lei de Finanças Públicas de 1964, pelos dispositivos da CF88, pela LRF e, com o relançamento do PAC, pelas regras orçamentárias que se aplicam a esse programa de forma mais específica.

Conforme bem ressaltado por Couto e Cardoso Jr. (2018, p.80), “muitos instrumentos introduzidos no arranjo, que trouxeram benefícios para determinado grupo de atores, continuam compondo as regras do jogo mesmo depois que o equilíbrio de forças se altera”. Dessa forma, no lugar um aperfeiçoamento das regras fiscais e orçamentárias, o que se observa na prática é uma

complexidade de regras formais e informais no processo orçamentário, gerando atritos cada vez maiores dentro do arranjo de governança.

4.3 ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO FEDERAL

Tendo sido apresentados os regimes de governança orçamentária brasileiros, esse capítulo irá se debruçar sobre as variações que vem ocorrendo no interior do arranjo de implementação do processo orçamentário em âmbito federal. Seguindo a metodologia proposta por Pires e Gomide (2024), serão mapeados os atores e os instrumentos mobilizados por eles assim como as dinâmicas e reconfigurações recentes do arranjo.

Conforme discutido, um importante instrumento utilizado pelos parlamentares para incorporar seus interesses na agenda do governo é a proposição de emendas ao orçamento. Autorizada pela CF88, as emendas são uma forma legítima de participação do Legislativo na definição alocativa do Estado. Não obstante, a própria Constituição deixou a cargo do Poder Executivo a decisão acerca da execução das emendas parlamentares à despesa.

Essa prerrogativa decisória permitia ao Executivo utilizar a execução das emendas em troca de apoio político no CN. Se por um lado os parlamentares querem ver suas emendas empenhadas e pagas, por outro, o Presidente da República precisa do apoio desses mesmos parlamentares para aprovação de suas propostas legislativas.

Essa dinâmica, entretanto, não agradava deputados e senadores. Conforme pesquisa de opinião realizada por Greggianin (2014) junto aos Gabinetes Parlamentares da Câmara dos Deputados em 2014, existia um grande descontentamento por parte dos deputados federais com a baixa execução de suas emendas, em especial aquelas destinadas para a área da saúde.

Efetivamente, Volpe (2019) observou que no período de 2010 a 2012 a execução orçamentária das emendas parlamentares ficou em um patamar muito inferior em comparação aos anos anteriores, situando-se em torno de 35%, contra uma média de 56% nos anos de 2008 e 2009. Isso pode ser justificado por dois eventos que afetaram os gastos públicos de modo distinto nos anos de 2010 e 2011. Em 2010 houve uma expansão de gastos decorrente da corrida eleitoral daquele ano. Ao mesmo tempo, o país ainda sofria com as consequências da crise financeira dos anos 2008-2009, que pressionaram os gastos e impactaram as contas públicas. Por esses motivos, logo no primeiro semestre de 2011 foi necessário realizar um contingenciamento recorde dos gastos

públicos, o que afetou sobremaneira as emendas e ampliou o desgaste entre parlamentares e governo (Perlin; Santos, 2019).

Nesse cenário de insatisfação parlamentar, a chefe do Poder Executivo se viu enfraquecida na arena política. Aproveitando esse contexto, os deputados e senadores utilizaram suas habilidades estratégicas para tentar modificar o arranjo e o modo de governança vigentes e conseguir maior autonomia na alocação orçamentária. Assim, no ano de 2013, o CN fez dois movimentos importantes: o primeiro foi a inclusão de um dispositivo no PLDO (que aprovou a LDO para 2014) que obrigava a execução da totalidade das emendas individuais aprovadas na LOA 2014.

Como resultado de um acordo entre líderes do Congresso e o governo, que corria o risco de ter seu orçamento para 2014 não aprovado pelo CN, o dispositivo não foi vetado pelo Executivo, e a LDO 2014 foi aprovada em 24 de dezembro de 2013 com a inclusão de um artigo obrigando a execução orçamentária e financeira, de forma equitativa, da programação incluída por emendas individuais na LOA, com identificador de resultado primário RP6 (Faria, 2023). Ademais, 50% do montante total disponibilizado para essas emendas deveria ser aplicado em ASPS.

Não obstante a aprovação da impositividade de execução das emendas individuais na LDO 2014, a LOA desse mesmo ano vetou o cancelamento de programações incluídas via emendas, salvo os casos em que houvesse autorização do parlamentar proponente (Brasil, 2014).

Num segundo movimento, o CN deu início à tramitação de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) de autoria do Senado Federal que tornava obrigatória a execução da programação orçamentária oriundas de emendas parlamentares.

Discussões acerca da impositividade de emendas não eram novidade no CN. A primeira PEC que tratava do tema foi proposta ainda no final da década de 1990 (Volpe, 2019). De tempos em tempos, o assunto retornava para a pauta de discussões, mas sem que nenhuma ação concreta tivesse sido tomada até então. Essa importante mudança institucional nas regras para execução orçamentária só foi possível graças à habilidade dos parlamentares de se aproveitarem de um contexto de instabilidade política que culminou em uma crise de governabilidade em meados do ano de 2013.

Valendo-se das características propostas por Capano, Howlett e Ramesh (2015), podemos perceber que, nesse momento, houve uma alteração no modo de governança orçamentária observável, em que Poder Legislativo, organizado enquanto um único ator homogêneo, se aproveitando do contexto político-institucional desfavorável para o Executivo, utilizou os

instrumentos que estavam disponíveis – alterações no PLDO e PLOA via emendas e proposição de PEC – para reorganizar o arranjo vigente e ganhar mais poder nas decisões alocativas – capacidade.

O resultado do novo arranjo foi a aprovação da EC86/2015, que institucionalizou a impositividade de execução das emendas individuais e definiu que metade dos recursos deveriam ser destinado para o financiamento de ASPS da União. Além disso, esses recursos deveriam ser contabilizados para fins de cumprimento da regra constitucional de aplicação mínima em saúde da União.

O novo equilíbrio na disputa de poder entre Legislativo e Executivo possibilitou que o CN utilizasse novamente esses instrumentos para fortalecer ainda mais sua capacidade no arranjo e ganhar mais espaço no orçamento federal. No ano seguinte, o parlamento incluiu um dispositivo na PLDO 2016 para tornar impositiva a execução de emendas de bancada estadual. Seguindo o mesmo *modus operandi* anterior, após sucessivas inclusões desse dispositivo nas LDOs, o CN aprovou em 2019 a Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019 (EC100/2019) institucionalizando a impositividade das emendas de bancada estadual, identificadas a partir do indicador de resultado primário RP7.

Outras duas Emendas à Constituição (EC) alterando o processo orçamentário em favor do Legislativo foram aprovadas em 2019: EC 102/2019, que alterou o art. 165 da CF88 para tornar obrigatória a execução de todas as programações referentes a despesas primárias discricionárias, com exceção dos casos de impedimentos de ordem técnica devidamente justificados; e a EC105/2019, que possibilitou a alocação de recursos de emendas nas modalidades de transferência especial ou com finalidade definida, que ficaram conhecidas como “emendas pix”¹⁰, por serem transferidas diretamente da União para estados e municípios sem a devida formalização por meio de contratos ou convênios.

Nesse ínterim, o CN alterou o PLDO 2018 para assegurar a observância da indicação de beneficiários¹¹ para os recursos de emendas e também aprovou o NRF, que, como demonstrado, representou uma quebra importante na dinâmica de gastos do governo e marcou o início de um novo regime de governança orçamentária no Brasil.

¹⁰ Em alusão ao novo método de pagamento instantâneo lançado na mesma época pelo Banco Central do Brasil, que permite a transferência de recursos entre contas correntes 24 horas por dia sem custo para os usuários.

¹¹ Até então a indicação de beneficiários servia apenas como um indicativo para o Executivo. Para alguns autores, essa importante alteração pode ser considerada inconstitucional (Bittencourt, 2022).

Ainda em 2019, outro importante movimento foi iniciado no CN. Conforme normatizado pelo art. 144 da Resolução nº 1, de 2006 do CN, que dispõe sobre o funcionamento da CMO e sobre a tramitação dos projetos de lei do PPA, LOA e LDO, o relator-geral do orçamento somente poderá apresentar emendas à despesa com a finalidade de corrigir erros e omissões de ordem técnica ou legal, para recompor dotações canceladas ou para atender às especificações dos pareceres preliminares, sendo vedada a apresentação de emendas pelo relator que tenham por objetivo a inclusão de programação nova ou o acréscimo de valores a programações já constantes dos projetos de lei. Não obstante, há alguns anos já vinham sendo aprovadas emendas de relator-geral em desacordo com a norma. Em 2019, o CN buscou institucionalizar essa prática. Utilizando-se dos mesmos instrumentos que vinham sendo mobilizados desde 2013, foi incluída na LDO do ano de 2020 um novo indicador de resultado primário relativo a alterações ou inclusões de novas programações do PLOA pelo relator-geral do orçamento, o RP9 (Brasil, 2019b).

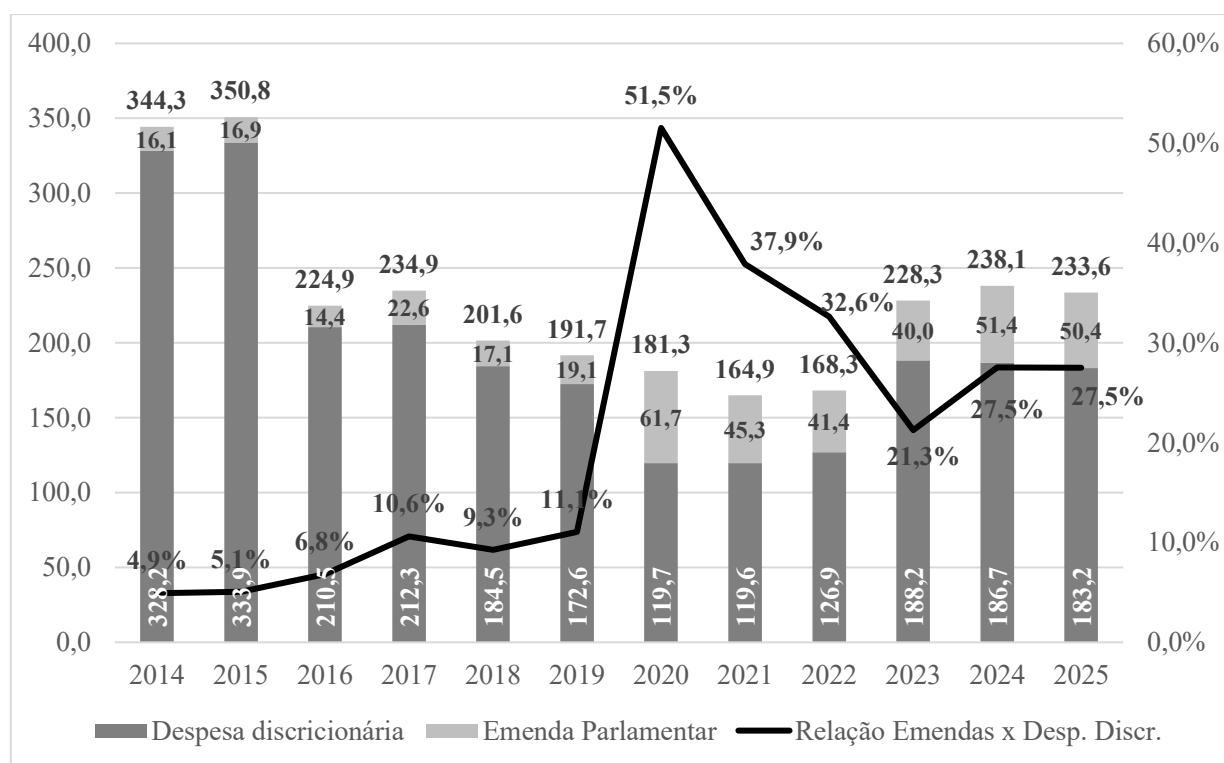
De forma análoga, foi modificada a LOA 2020 para impedir o cancelamento de emendas parlamentares no caso de abertura de crédito suplementar. Até 2019, a suplementação para a recomposição das dotações dos subtítulos integrantes da LOA limitava o cancelamento das emendas não impositivas a, no máximo, 40%. Para emendas impositivas – individuais (RP6) e de bancada estadual (RP7) – o cancelamento só poderia ser efetivado mediante concordância prévia do proponente. Com a modificação aprovada na LOA, todo e qualquer cancelamento de emenda parlamentar para abertura de créditos suplementares em 2020 passou a depender de uma autorização prévia do proponente (Brasil, 2020).

O resultado dessas modificações foi um aumento expressivo do volume aprovado para emendas parlamentares nos gastos discricionários do governo em 2020, conforme ilustrado pelo Gráfico 3.

Ressalta-se que o gráfico foi construído levando em consideração apenas os recursos de emendas identificados no orçamento pelos marcadores de resultado primário, não tendo sido contabilizados recursos alocados diretamente em ações orçamentária e Planos Orçamentários (PO). Essa metodologia resulta em montantes subestimados de emendas no orçamento federal, pois as emendas de bancada estadual só passaram a ser identificadas por meio de RP a partir de 2017 e as de comissão e de relator-geral a partir de 2020. Uma análise mais precisa do crescimento dessas emendas ao longo do tempo precisaria contabilizar anualmente os recursos alocados nos POs EBPM (emenda de banca impositiva), EBAN (emenda de bancada não-impositiva), ECOM

(emenda de comissão) e EREL (emenda de relator-geral). Como objetivo aqui é apenas ilustrar o aumento desproporcional de recursos alocados via RP9 a partir de 2020, considerou-se suficiente a análise por RPs.

Gráfico 3 – Evolução das Despesas Discricionárias e Participação Percentual das Emendas Parlamentares – em R\$ Bilhões de 2025



Fonte: Painel do Orçamento Federal – Siop, elaborado pela autora.

Valores corrigidos pelo IPCA de 2025 referentes à dotação inicial da LOA de cada ano, uma vez que os dados empenhados apresentam grande distorção para os anos de 2020 a 2022 como consequência da pandemia de covid-19.

Os dados de emenda parlamentar correspondem ao somatório das emendas registradas como RP6, RP7, RP8 e RP9, desconsiderando quaisquer valores registrados em outros RPs, em ações orçamentárias ou em POs.

Ao que tudo indica, o RP9 iria seguir os mesmos passos que já vinham sendo dados desde 2013. Inicialmente foi criado o indicador de resultado primário para as emendas de relator na fase de apreciação do projeto de lei e, em seguida, seria incluído dispositivo assegurando sua execução, o que chegou a ser ensaiado em 2022, quando o relator-geral da LDO incluiu em seu relatório final uma proposta para que a execução do RP9 fosse também impositiva (Faria, 2023). No entanto, conforme apresentado no Capítulo 3, muitas vezes a utilização de um instrumento pode gerar resultados diferentes daqueles esperados inicialmente. No caso do RP9, ainda que em um primeiro

momento o relator-geral do orçamento tenha ganhado mais poder e conseguido controlar grande parte das definições alocativas, logo surgiram críticas e questionamentos acerca da sua atuação que levaram a uma nova configuração de poder dentro do arranjo de implementação, com a entrada de um novo ator no arranjo, que enfraqueceu tanto o relator-geral, quanto os movimentos de avanço do Legislativo sobre o orçamento.

Como resultado do avanço do RP9, quatro Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)¹² foram ajuizadas no Superior Tribunal Federal (STF) entre os anos de 2021 e 2022: 850, 851, 854 e 1014, de autoria dos partidos Cidadania, Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e Partido Verde (PV)¹³, respectivamente. As ações questionavam a constitucionalidade da inclusão de despesas e programações na LOA por meio de emendas do relator-geral marcadas com o indicador RP9.

O julgamento das ADPFs no final de 2022 resultou na declaração de inconstitucionalidade do RP9 e determinou que os Ministérios que empenharam, liquidaram e pagaram despesas referentes ao RP9 no período de 2020 a 2022 dessem transparência a esses gastos, publicando em suas páginas na internet todas as informações relativas a essas despesas, inclusive identificação dos proponentes e beneficiários dos recursos. O STF determinou, ainda, a centralização da execução dessas emendas em sistema informatizado mantido pelo órgão central do SPOF, de modo que fossem garantidas a comparabilidade e a rastreabilidade dos dados referentes às solicitações/pedidos de distribuição de emendas e sua respectiva execução, em conformidade com os princípios da publicidade e transparência (STF, 2022).

Na tentativa de manter o poder que havia conquistado, o Legislativo passou a utilizar-se dos indicadores RP2 e RP8 em substituição ao RP9. Como esses tipos de emendas sofriam dos mesmos problemas de falta de transparência e de rastreabilidade, em 2024, o STF foi novamente chamado a intervir no processo orçamentário.

Ao longo de todo o ano de 2024, em vista do não cumprimento da decisão de dar publicidade aos gastos realizados via emendas parlamentares, o STF determinou a suspensão do pagamento das emendas. A suspensão perdurou por quase todo o segundo semestre de 2024, de agosto a dezembro, gerando desgaste entre os Poderes. A Corte também chamou audiências e

¹² A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental é uma ação de controle de constitucionalidade presente na CF88 que tem como finalidade combater, reaver ou evitar quaisquer ofensas ao conteúdo da Carta Magna (Figueiredo, 2022).

¹³ Disponíveis para consulta em <https://portal.stf.jus.br/peticaoInicial/pesquisarPeticaoInicial.asp>

instalou reuniões técnicas com a participação dos três Poderes com o objetivo de superar os impedimentos para a execução das emendas e fazer cumprir suas determinações judiciais¹⁴.

Como desdobramento dessas ações, o Legislativo elaborou um PL que acabou aprovado como a Lei Complementar nº 210, de 25 de novembro de 2024 (LC210/2024), para dispor sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na LOA. Apesar de ter sido alvo de críticas por parte do Judiciário por não contemplar em sua totalidade as determinações do julgamento da ADPF854, a LC trouxe mudanças importantes para o processo de análise e aprovação das emendas parlamentares, que se refletiu em ajustes no processo orçamentário no ano de 2025.

Destacam-se como modificações importantes da LC a obrigatoriedade de compatibilização entre as emendas e o planejamento governamental, a imposição de um limite para o crescimento do montante destinado anualmente para as emendas parlamentares e a obrigatoriedade de apresentação de plano de trabalho para todas as emendas propostas, inclusive para as emendas pix.

A atuação do Poder Judiciário a partir da decisão de 2022 freou o avanço do Legislativo e gerou uma nova disputa entre os atores, que se acirrou ainda mais com a mudança do chefe do Poder Executivo após as eleições presidenciais de 2022. Mesmo enfraquecido, o Legislativo conseguiu mais uma vez aumentar sua participação no orçamento federal com a aprovação da Emenda da Transição (EC 126/2022)¹⁵, que elevou a parcela reservada para emendas individuais de 1,2% para 2,0% da RCL do exercício anterior. Apesar dessa vitória, o novo governo eleito deixou clara sua intenção de retomar o protagonismo alocativo do Executivo no processo orçamentário, o que foi feito já no seu primeiro ano de mandato.

A aprovação da Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023, marcou uma inflexão na forma como vinham sendo alteradas as regras para condução da política fiscal no país. A utilização de uma Lei Complementar em detrimento de uma Emenda à Constituição confere mais poderes ao Presidente da República ante ao Parlamento. Além do rito de aprovação da Lei Complementar facilitar a obtenção de maioria parlamentar pelo Executivo, também possibilita o veto por parte do Presidente (Maués, 2025).

¹⁴ As decisões do STF no âmbito da ADPF 854 podem ser consultadas em <https://portal.stf.jus.br/peticaoInicial/pesquisarPeticaoInicial.asp>.

¹⁵ Como a sua aprovação e publicação ocorreu concomitantemente ao julgamento da ADPF, que julgou inconstitucional o uso do RP9 para inclusão e alteração de programações na LOA, o art. 8 da EC 126/2022 previu a destinação de R\$ 9,85 bilhões para emendas de relator RP9 em 2023.

Muito embora haja um debate entre cientistas políticos acerca do cenário atual da governança orçamentária e política no Brasil, Argelina Figueiredo e Maria Dominguez (2024) entendem que o que se observou no arranjo orçamentário recente são consequências de um contexto político específico. Para elas, a ausência de um programa de governo e de uma agenda bem definida para o período 2019-2022 impediu que o chefe do Executivo formasse uma coalizão com os partidos que o apoiavam. Nessas circunstâncias, o Presidente da República se viu refém do Presidente da Câmara dos Deputados, que utilizou os instrumentos que lhe estavam disponíveis para ganhar poder na definição alocativa e no arranjo orçamentário¹⁶.

Mesmo diante do ponto vista mais otimista das autoras, pode-se afirmar que o contexto atual do arranjo de implementação do processo orçamentário brasileiro ainda é instável. Por mais que o Judiciário esteja se encaminhando para se retirar do arranjo orçamentário, Executivo e Legislativo seguem em disputa e o novo processo eleitoral pode modificar mais uma vez o equilíbrio de forças.

Por enquanto, as descrições apresentadas ao longo desse capítulo permitem identificar três modos de governança bem delimitados nos último 10 anos, que estão representados na Figura 1.

No momento inicial, tem-se um arranjo de implementação que estava vigente em 2013, marcado por uma baixa interferência do Legislativo nas definições alocativas do Executivo, que por sua vez utilizava-se amplamente dos instrumentos da discricionariedade, do poder de agenda e das coalizões para manter seu poder no arranjo (Figura 1 (a)).

A partir do ano de 2014, o Legislativo começa a utilizar das emendas parlamentares para alterar o processo orçamentário via modificações na LDO, na LOA e na própria CF88. O Legislativo utilizou amplamente desses instrumentos, assim como da impositividade, para ganhar espaço no arranjo e impor suas vontades alocativas sobre aquelas desenhadas e planejadas pelo Executivo.

¹⁶ Ainda que o Senado Federal também tenha a prerrogativa de iniciar propostas legislativas, a Câmara dos Deputados é mais comumente a casa iniciadora, ou seja, a porta de entrada para a maioria das proposições legislativas. O Seu Regimento Interno define no Art.17 que é atribuição do presidente da Câmara proceder à distribuição de matéria às Comissões Permanentes ou Especiais; deferir a retirada de proposição da Ordem do Dia; despachar requerimentos; determinar o seu arquivamento e devolver proposições quando em desacordo com as regras regimentais. Em resumo, o Presidente da Câmara tem o poder de determinar a pauta do CN e, consequentemente, do governo, sendo um importante ator nesse arranjo, e seu poder de agenda, um poderoso instrumento.

Como forma de regular a atuação do Legislativo, o Executivo utilizava portarias com regras para a execução das emendas parlamentares, manuais técnicos e cartilhas e ainda mantinha algum grau de discricionariedade com relação ao momento da execução das emendas.

Esse novo equilíbrio iniciado em 2014 atingiu seu auge no ano de 2022, quando o Judiciário julga os atos do Legislativo e passa a interferir na sua atuação. Une-se a isso o início de um novo governo ideologicamente divergente do anterior e disposto a retomar poder no arranjo.

Assim, conforme demonstrado na Figura 1(b), o período de 2014 a 2022 é marcado por uma intensa utilização dos instrumentos das emendas parlamentares (inclusive alterações constitucionais) e da impositividade. A discricionariedade do Executivo se enfraquece e as negociações e os acordos políticos se intensificam, a exemplo do avanço do RP9.

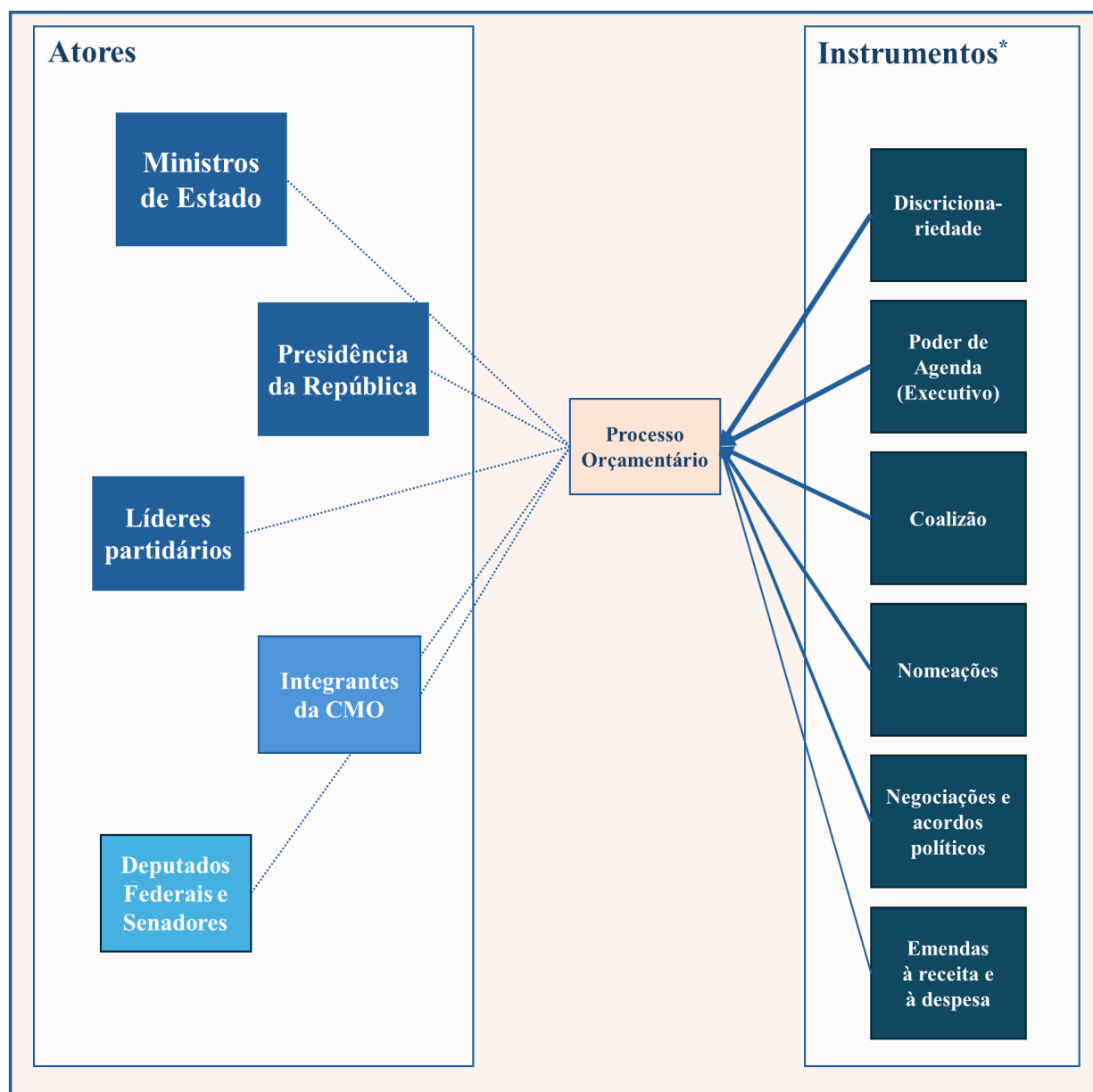
A entrada do Poder Judiciário no arranjo de implementação representou um fator de instabilidade para a governança orçamentária. O julgamento da ADPF 854 no final de 2022 não encerrou a atuação o Judiciário, que ante ao descumprimento de suas decisões pelo Legislativo, seguiu interferindo no processo orçamentário e influenciando nas relações de poder no interior do arranjo.

Assim, um novo arranjo vem se desenhando desde 2023, conforme ilustrado pela Figura 1 (c). Observa-se uma maior utilização dos instrumentos do Judiciário, com os acórdãos referentes ao julgamento da ADPF 854 e as decisões posteriores atreladas a ele. O Legislativo mantém seu poder por meio da impositividade de execução das emendas à despesa, ainda que mais contido como consequência das novas regras impostas pela LC210/2024. Nesse processo, destaca-se, também, uma tentativa de dar mais transparência aos gastos de emendas, puxado pela atuação do Judiciário no arranjo. As negociações políticas seguem permeando todo o processo legislativo orçamentário.

O momento atual parece sugerir uma redução da atuação do Judiciário no arranjo. Com a proximidade de um novo processo eleitoral, há de se avaliar como as relações de poder irão se reorganizar e suas consequências sobre o arranjo do processo orçamentário federal.

Figura 1 – Arranjos de implementação do processo orçamentário federal

(a) 2013

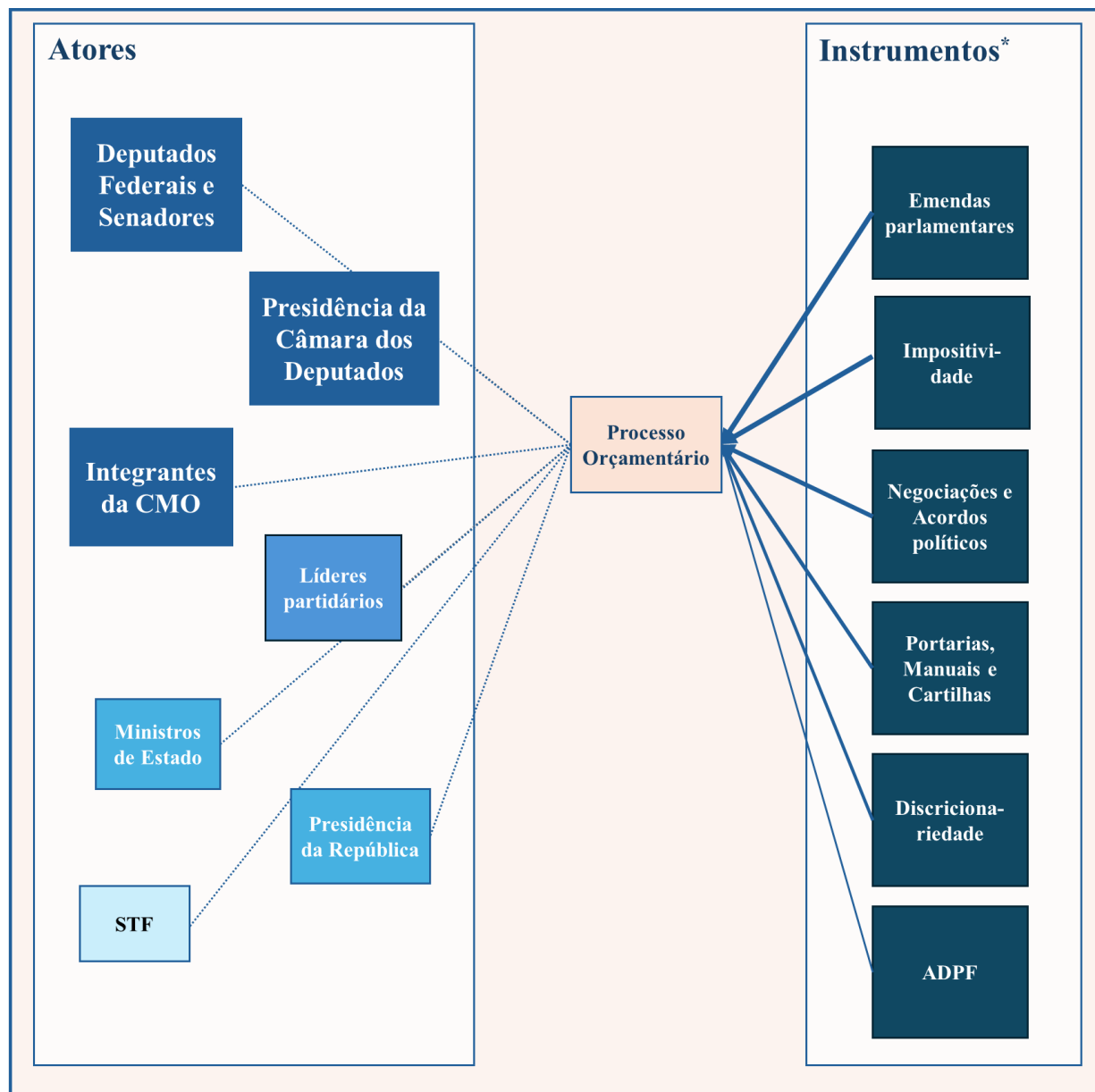


Escala de poder dos atores:

Mais poder  Menos poder

*** Instrumentos ordenados de acordo com sua relevância para o arranjo**

(b) 2014 – 2022

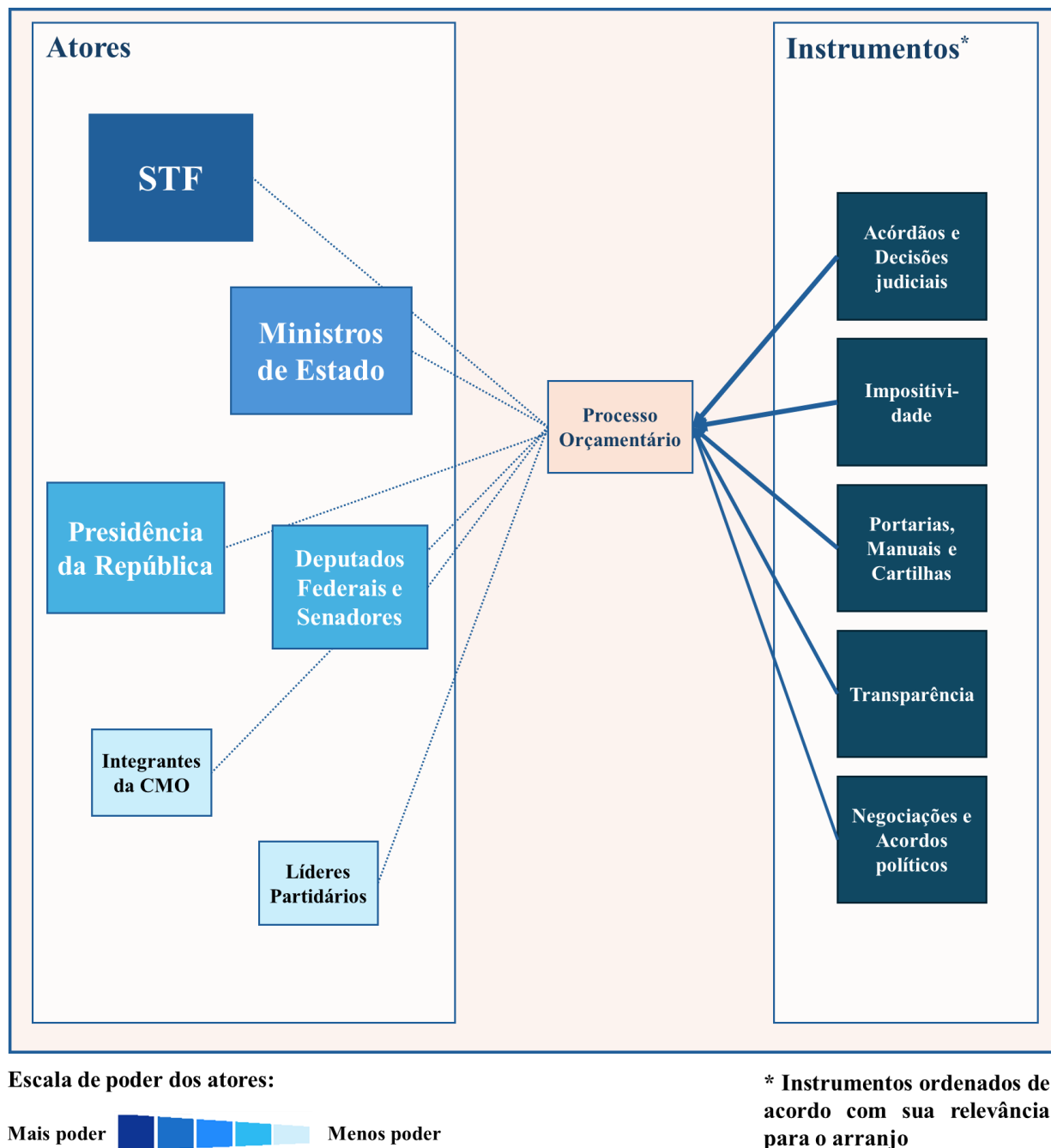


Escala de poder dos atores:

Mais poder Menos poder

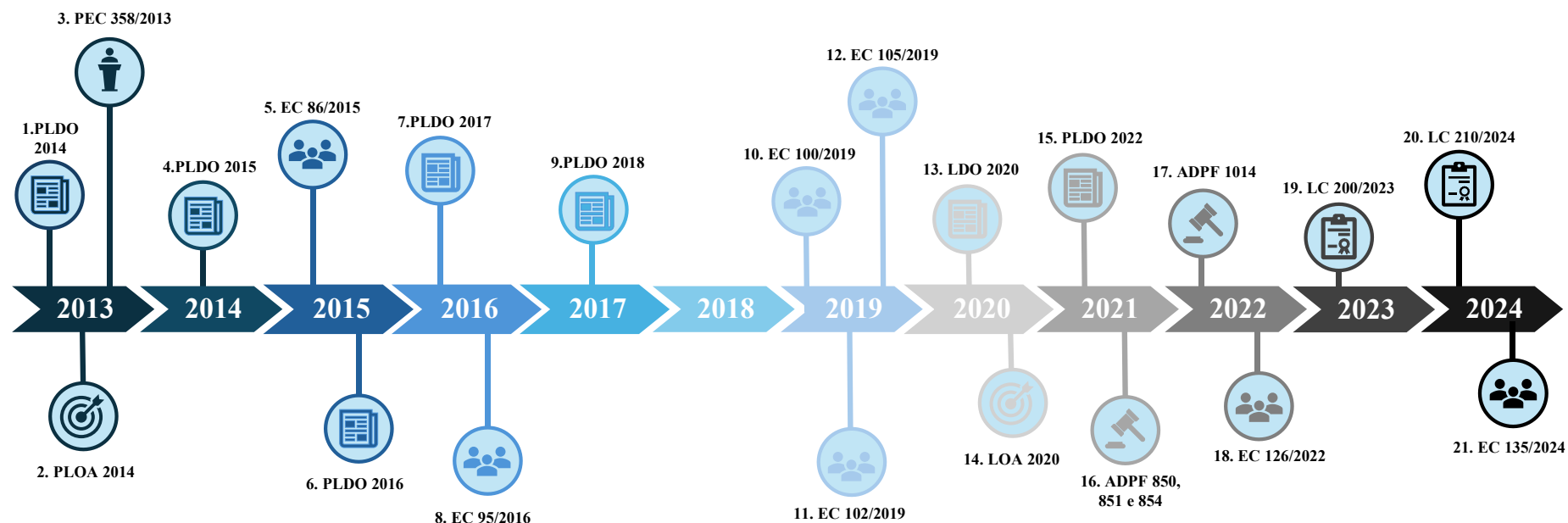
* Instrumentos ordenados de acordo com sua relevância para o arranjo

(c) 2023 – 2025



A análise do arranjo de implementação do processo orçamentário realizada para o período de 2013 a 2025 possibilitou a identificação dos três aspectos da governança elencados por Capano, Howlett e Ramesh (2015): dinâmica, estratégia e competência. Conforme demonstrado, as dinâmicas desse período resultaram da intensa utilização de instrumentos pelos diferentes atores. Diante da importância dos instrumentos para a configuração do arranjo, a Figura 2 foi elaborada no formato de linha do tempo para demonstrar os instrumentos mobilizados no período em análise.

Figura 2 – Instrumentos utilizados para modificar o arranjo de implementação no período de 2013 a 2025



Fonte: Faria (2023); Presidência da República, disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/quadro_emc.htm , acessado em 06/06/2025; Câmara dos Deputados, disponível em <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa> , acessado em 06/06/2025. Elaborado pela autora.

Legenda

1. Inserido dispositivo no PLDO 2014 que torna obrigatória a execução das emendas individuais.
2. Inserida no PLOA 2014 vedação para o cancelamento de programações incluídas via emendas individuais.
3. Início da tramitação da PEC 358/2013, que propõe alterar os arts. 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária decorrente de emenda individual, com destinação de 50% para ASPS.
4. Inserida nova seção no PLDO para tratar do regime de execução das programações incluídas ou acrescidas por emendas individuais (Capítulo III, Seção X).
5. Aprovada a Emenda Constitucional nº86 em 17 de março de 2015, que tornou impositiva a execução das emendas individuais e a destinação de 50% do montante total para o financiamento de ASPS, a ser contabilizado no cálculo do gasto mínimo constitucional da União.
6. Inserida subseção no PLDO 2016 para tratar das programações incluídas ou acrescidas por emendas de bancada estadual, tornando obrigatória a execução dessas emendas no montante referente a 0,6% da RCL do ano anterior (Capítulo , Seção X, Subseção III).
7. Inserido na PLDO 2017 o indicador de resultado primário RP7 para identificação das emendas de bancada estadual.
8. Aprovada a Emenda Constitucional nº95 em 15 de dezembro de 2016, que estabeleceu o NRF.
9. Alterado no PLDO 2018 o dispositivo de indicação de beneficiários e ordem de prioridade de execução para as emendas de bancada estadual.
10. Aprovada a Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019, que tornou impositiva a execução das emendas de bancada estadual.
11. Aprovada a Emenda Constitucional nº 102 de 26 de setembro 2019, que tornou impositiva a execução de todas as despesas primárias discricionárias.
12. Aprovada a Emenda Constitucional nº 105 de 12 de dezembro 2019, que criou duas novas modalidades de transferência para as emendas individuais impositivas: a transferência especial e a transferência com finalidade definida.
13. Publicada LDO 2020 autorizando o Relator-Geral do orçamento a incluir novas programações ou alterar programações constantes do projeto de lei orçamentária por meio de emendas de relator-geral, indicadas pelo indicador de resultado primário RP9. Após veto inicial, Executivo voltou atrás e enviou ao CN solicitação para criação dos indicadores de resultado primário RP8 e RP9.
14. Publicada LOA 2020 com autorização para abertura de créditos suplementares desde que não cancelassem dotações decorrentes de emendas, sem especificar o tipo de emenda, estendendo o dispositivo para todas as emendas parlamentares.
15. Ampliado no PLDO 2022 o dispositivo para indicação de beneficiários e ordem de prioridade de execução para todas as emendas parlamentares, incluindo emendas de relator-geral, RP9.
16. Protocoladas no STF as ADPF nº 850, 851 e 854, questionando a constitucionalidade da inclusão de despesas e programações na LOA via RP9.

17. Protocolada no STF a ADPF 1014, também questionando a constitucionalidade da utilização do RP9 para além da correção de erros e omissões.
18. Aprovada Emenda Constitucional nº126, de 21 de dezembro de 2022, que extinguiu o NRF e aumentou o percentual da RCL destinado para execução de emendas individuais.
19. Aprovada Lei Complementar nº 200 de 30 de agosto de 2023, para regulamentar o art. 6 da EC 126/2022, e instituir o Regime Fiscal Sustentável, visando garantir estabilidade macroeconômica no país e criar condições adequadas para o crescimento socioeconômico.
20. Aprovada Lei Complementar nº 210 de 25 de novembro de 2024, que dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na lei orçamentária anual.
21. Aprovada a Emenda Constitucional nº 135 de 20 de dezembro 2024, com o objetivo de reduzir despesas obrigatórias visando o cumprimento dos limites de gastos impostos pelo novo arcabouço fiscal. Com esse objetivo, foi alterado o art. 165 da CF88 que trata da redução ou limitação de despesas com a concessão de subsídios, subvenções e benefícios de natureza financeira.

Seguindo a metodologia proposta por Pires e Gomide (2024), a Tabela 2 apresenta uma comparação entre as regras formais de proposição de emendas parlamentares nos momentos inicial e final da análise.

Tabela 2 – Comparativo de regras formais para proposição de emendas parlamentares

Tipos de Emendas	Regras	2013	2025
Individuais	Quantidade máxima por parlamentar	25	Não há, o limite é definido de acordo com os valores reservados na LOA
	Montante reservado no orçamento anual	Não há, o montante é definido no Parecer Preliminar	2% da RCL do exercício anterior ao do encaminhamento do PLOA
	Execução pelo Poder Executivo	Discricionária	Obrigatória, com destinação de 50% do total para ASPs, incluídos no cálculo de aplicação mínima constitucional da União
De Banca Estadual	Quantidade máxima por bancada	Entre 18 e 23, a depender do tamanho da bancada	8
	Montante reservado no orçamento anual	Não há, o montante é definido no Parecer Preliminar	1% da RCL do exercício anterior ao do encaminhamento do PLOA
	Execução pelo Poder Executivo	Discricionária	Obrigatória

Tipos de Emendas	Regras	2013	2025
De Comissão	Quantidade máxima por comissão	Entre 6 e 8, a depender da comissão	8
	Montante reservado no orçamento anual	Não há	Não há
	Execução pelo Poder Executivo	Discricionária	Discricionária, com destinação de 50% do total para ASPS
De Relator-Geral	Quantidade máxima	Não há	Não há, apenas limitação na utilização para correção de erros e omissões
	Montante reservado no orçamento anual	Não há	Não há, apenas limitação na utilização para correção de erros e omissões
	Execução pelo Executivo	Discricionária	Discricionária

Fonte: Manuais de Emendas ao Orçamento da União da Câmara dos Deputados e LC210/2024, elaborado pela autora.

Conforme demonstrado, houve mudanças significativas na governança orçamentária federal nos últimos anos, que impactaram não apenas o arranjo de implementação do processo legislativo orçamentário do Estado, mas também os arranjos orçamentários setoriais, uma vez que cada setorial de planejamento e orçamento do SPOF precisou ajustar seu próprio processo orçamentário para se adaptar às mudanças e incorporar nos seus processos internos as novas regras orçamentárias que iam surgindo.

Um dos principais impactados pelo novo arranjo orçamentário federal foi o Ministério da Saúde. Ao definir que metade de todas as emendas individuais deveriam ser aplicadas em ASPS e contabilizadas como gastos da União, a EC 86/2015 retirou do MS uma parte significativa de recursos orçamentários, acentuando o problema do subfinanciamento do sistema de saúde e comprometendo a capacidade de coordenação federal do sistema de saúde.

As consequências do novo arranjo de implementação e da nova governança orçamentária federal sobre o financiamento da política pública de saúde serão apresentadas a seguir.

5 CONSEQUENCIAS DA NOVA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA FEDERAL SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS

5.1 ORGANIZAÇÃO DO SUS, FINANCIAMENTO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Para que se possa melhor avaliar os impactos da governança orçamentária federal sobre o arranjo de implementação do processo orçamentário do MS é preciso entender como o sistema público de saúde está organizado, suas formas de financiamento e também o processo de construção do planejamento em saúde.

No Brasil, o acesso a serviços de saúde é um direito assegurado pela Constituição Federal, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

O sistema brasileiro de saúde pública é resultado do movimento popular pela Reforma Sanitária, que se organizou politicamente em meados dos anos 1970. Os sanitaristas, que se colocavam contrários ao modelo de saúde privatista e liberalizante vigente à época, defendiam a universalização dos serviços a partir de um sistema de saúde público que atendesse a toda a população independentemente de vínculos empregatícios¹⁷ (Lima et al., 2005).

Uma importante demanda do Movimento Sanitário era a municipalização dos serviços de saúde conjugada com a descentralização da gestão, respeitando a heterogeneidade dos municípios brasileiros e suas capacidades de implementação dos serviços (Paim, 1992).

Para alcançar esse ideal, o SUS foi construindo ao longo dos anos uma estrutura de governança com vistas a organizar o relacionamento e a cooperação entre União, estados, Distrito Federal e municípios na gestão e na prestação dos serviços de saúde. A partir de pactuações em um colegiado formado por representantes dos três entes federativos, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foram sendo editadas normas infralegais para suprir os gargalos da legislação no que diz respeito à descentralização e também à integralidade no atendimento (Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020).

De acordo com Paim (2012), a Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida não como um projeto, mas sim como um processo. Nesse sentido, o processo da Reforma se manteve vivo

¹⁷ Até então, apenas os trabalhadores formais tinham acesso a serviços de saúde, de modo geral serviços hospitalares focados em atenção curativa, que eram financiados por meio de contribuições sobre os salários. Aqueles que não participavam do mercado formal de trabalho dependiam de atendimento pelas instituições de caridade.

mesmo após a publicação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as Leis Orgânicas do SUS, uma vez que era preciso operacionalizar todas as modificações necessárias na forma de prestação de serviços para a efetiva implementação do sistema público de saúde.

Como legado do atendimento previdenciário e focado na atenção curativa que vigorava no momento da promulgação da CF88, os serviços de saúde estavam, no início dos anos 1990, distribuídos de forma desigual pelo território. Os municípios não mantinham uma relação de cooperação entre si, prevalecendo a autonomia na gestão dos serviços e relações horizontais e verticais predatórias. O trabalho de coordenação da descentralização dos serviços de saúde ficou a cargo das Normas Operacionais – as Normas Operacionais Básicas (NOB) publicadas ao longo dos anos 1990 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), publicadas no início dos anos 2000. Foram as NOBs, as NOAs e, posteriormente, o Pacto pela Saúde, que possibilitaram a efetivação das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Jaccoud; Meneses, 2020).

Os normativos editados a partir das Normas Operacionais e do Pacto tinham como objetivo coordenar a atuação federativa por meio de instrumentos financeiros e não financeiros. Dentre os instrumentos não financeiros, destacam-se aqueles utilizados pelo componente do Pacto pela Saúde chamado de Pacto de Gestão. O Pacto de Gestão buscou efetivar a regionalização e a integralidade do atendimento nas regiões de saúde por meio do fortalecimento dos instrumentos de planejamento e das pactuações interfederativas, numa tentativa de estabelecer uma gestão colaborativa e cooperativa. Seu objetivo era “superar a fragmentação e a desorganização de serviços de saúde, garantir a integralidade, ampliar o acesso e organizar a atenção de acordo com as necessidades e as capacidades de oferta em uma determinada região” (Jaccoud; Meneses, 2020, p.220).

Para alcançar esses objetivos, o Pacto buscou fortalecer os instrumentos de planejamento regional: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI). O PDR deve fazer parte do Plano de Saúde estadual e tem como função organizar os serviços disponíveis nas regiões de saúde de modo a garantir o atendimento integral da população nos três níveis de complexidade: atenção primária, média complexidade e alta complexidade. Tendo o PDR como base, os municípios devem elaborar a PPI, instrumento que irá efetivar as pactuações feitas no PDR. A PPI organiza as

referências e contra referências em cada região de saúde, de modo a garantir o atendimento integral. Importante mencionar que as pactuações realizadas no âmbito da PPI têm impacto direto nos recursos disponibilizados aos municípios, uma vez que as transferências de recursos tendem a ser maiores para os municípios de referência, para fazer frente aos gastos com atendimento da população daqueles municípios que não possuem rede de atendimento própria. Por fim, o PDI define os recursos de investimento necessários para garantir a efetivação das pactuações realizadas e, com isso, deve auxiliar na elaboração da proposta de orçamento anual (Brasil, 2002).

Considerando-se o perfil dos municípios brasileiros, com prevalência de municípios de pequeno porte populacional e com concentração dos serviços de média e alta complexidade em grandes capitais e em municípios de maior porte, um planejamento regional é essencial para a garantia do acesso aos serviços de saúde por toda a população em todos os níveis de complexidade, conforme estabelecido pela CF88. Para além de planejar, é essencial que os entes cumpram com as pactuações, de modo que seja efetivado, na prática, o atendimento integral da saúde. Conforme destacado por Paiva, Gonzalez e Benevides (2020, p.158), “conforme se avança dos níveis básicos de atenção para os mais complexos, maior é a necessidade de cooperação para organização da oferta de serviços de forma regionalizada, dada a concentração territorial da capacidade instalada”.

Em que pese a tentativa do Pacto de Gestão de implementar uma governança interfederativa ter representado uma inovação em termos de política de saúde, alguns fatores afetaram a plena incorporação dos seus instrumentos pelos estados e municípios, como por exemplo a falta de mecanismos de *enforcement* para o cumprimento e execução das pactuações e a falta de recursos humanos qualificados para realizar o monitoramento da sua implementação. A prevalência de interesses político-eleitorais em detrimento dos interesses regionais também contribuiu para a manutenção de desigualdades na distribuição dos serviços de saúde no território. Mais recentemente, a expansão das emendas parlamentares passou a interferir no relacionamento entre os entes federativos de uma mesma região de saúde. Na medida em que as emendas são direcionadas aos municípios, sem que haja qualquer comprometimento com o planejamento local ou regional, elas enfraquecem os pactos firmados e reforçam as tensões e a competição intermunicipal e também interfederativa, uma vez que os estados deveriam ser os coordenadores das pactuações regionais. (Jaccoud; Meneses, 2020).

Outro fator associado à baixa adesão aos instrumentos do Pacto de Gestão é a inexistência de um retorno financeiro atrelado ao cumprimento dos acordos. A coordenação interfederativa na

política de saúde é um tema constantemente debatido na literatura devido a capacidade do governo federal de induzir os entes federativos a implementar suas políticas nacionais. O sucesso da coordenação federal está intimamente relacionado aos incentivos financeiros oferecidos pela União (Arretche, 2004; Souza; Teixeira, 2012; Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020)

Ainda que os instrumentos não financeiros propostos pelas NOBs, NOAs e pelo Pacto pela Saúde tenham sido essenciais para organizar a governança da política pública de saúde, são os incentivos financeiros da União que possibilitam a coordenação interfederativa e a adesão a uma agenda nacional de saúde pelos estados e municípios.

Enquanto a NOB 1/1993 introduziu no regramento do SUS as transferências globais de recursos – em substituição ao pagamento direto aos prestadores de serviços pelos procedimentos médico-hospitalares realizados – a NOB 1/1996 introduziu as transferências condicionadas à adesão a políticas priorizadas pelo governo federal. A partir de então, passaram a ser priorizados os repasses atrelados a implementação das políticas definidas pelo MS, especialmente aquelas relacionadas à atenção básica e ao controle de doenças, via ações de vigilância em saúde. Se com a NOB 1/1993 pouco mais de 100 municípios aderiram ao mais alto nível de gestão da saúde¹⁸, com a NOB 1/1996, o número de municípios que aderiram aos programas prioritários do governo para a atenção básica ultrapassou os 5.000 já no segundo ano de vigência, tendo alcançado 98% de adesão em 2000 (Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020).

A atenção básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), é a principal forma de acesso ao sistema de saúde e a organizadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁹. Sua atuação abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos. O fortalecimento da APS representa ganhos importantes em saúde para a população, como redução da mortalidade infantil e materna, redução de mortalidade por doenças cardiovasculares bem como redução de internações por condições sensíveis (OPAS, 2018).

O financiamento da APS via transferências condicionadas da União possibilitou a expansão dos serviços de atenção básica por todo o território nacional, contribuindo tanto para a

¹⁸ O processo de descentralização proposto pela NOB 1/1993 deveria ser gradual de acordo com o grau de responsabilização e autonomia dos estados e municípios no que diz respeito a prestação de serviços e gerenciamento da rede. Para os municípios, a gestão variava entre incipiente, parcial e semiplena, para os estados, entre parcial e semiplena (Brasil, 1993).

¹⁹ As RAS são uma forma de organização das ações e serviços de saúde nos territórios a partir da integração entre os três níveis de complexidade e tem como objetivo assegurar o atendimento integral de saúde (Brasil, 2011).

ampliação do acesso à saúde pela população, quanto para o processo de municipalização do SUS. A Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabeleceu as formas de transferência de recursos para o financiamento federal da APS por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), representou um marco desse processo. O PAB era composto por dois componentes, um componente fixo (PAB Fixo), baseado na população e repassado mensalmente aos municípios de forma automática fundo a fundo, e um componente variável (PAB variável), baseado na adesão municipal aos programas federais, tais como o Programa de Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Desde a implementação do PAB em 1998, algumas mudanças foram realizadas na política de financiamento da APS, apesar disso, a ESF segue sendo o modelo prioritário de implementação da atenção básica no Brasil, estando presente em todo território nacional e tendo alcançado uma cobertura populacional de 72% em 2024 (Brasil, 2024a).

As transferências federais para a APS, junto com as transferências para a Atenção Especializada à Saúde (AES), representam as maiores parcelas de recursos descentralizados do MS (Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020). Diferentemente da forma de operacionalização da APS, o financiamento federal da AES depende na capacidade instalada de cada ente, uma vez que nem todos os municípios possuem estrutura para atendimento de média e alta complexidade.

O financiamento da AES se divide em dois componentes: o limite financeiro da Média e Alta Complexidade (teto MAC) e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O limite MAC possui, ainda, um componente de incentivos, que é transferido aos entes que fazem adesão às políticas para AES definidas pelas União. Enquanto os recursos do teto MAC são transferidos de forma automática fundo a fundo, os recursos do FAEC dependem de comprovação da produção, ou seja, a transferência é realizada após a comprovação dos gastos. O FAEC é composto por procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), pelos transplantes e ações estratégicas ou emergenciais e por novos procedimentos ainda não incorporados ao teto MAC (Brasil, 2017).

O limite MAC é definido anualmente de forma tripartite em reunião da CIT e deve levar em conta, além da produção anual média dos estabelecimentos de saúde dos municípios, também as pactuações constantes na PPI, de forma a garantir o atendimento integral nas regiões de saúde.

Tanto o PAB quanto o teto MAC foram importantes instrumentos de indução da regionalização e da expansão dos serviços de saúde pelo território brasileiro, contudo, há de se

ressaltar uma diferença importante. Enquanto o PAB possibilitou o fortalecimento da APS, aumentando a cobertura populacional da ESF e o acesso da população aos serviços de atenção básica, o teto MAC ainda não foi capaz de resolver questões como os vazios assistenciais e as desigualdades regionais de acesso aos serviços de média e alta complexidade (Lima et al., 2019; Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020). Na medida em que as transferências são efetivadas com base na capacidade instalada, as desigualdades existentes são reforçadas.

Conforme observado por Luciana de Lima et al. (2019), a expansão do financiamento federal a partir dos anos 2000, possibilitada pela vinculação de receitas promovida pela EC29/2000, contribuiu para a expansão dos serviços de média complexidade para todas as regiões de saúde. Os atendimentos de alta complexidade, por outro lado, apresentam desigualdades regionais significativas até os dias de hoje. Além disso, a presença de prestadores privados acaba interferindo na governança do SUS e na organização dos serviços, impedindo a integralidade do atendimento nas RAS.

Como já mencionado, as emendas parlamentares ao custeio da APS e AES também influenciam e agravam a situação de desigualdade regional. Uma vez que as emendas não consideram a organização regional da atenção à saúde, sendo transferidas diretamente aos municípios a despeito das pactuações, as emendas acirram as disputas entre os municípios e prejudicam o planejamento regional, além de enfraquecer a cooperação entre os entes. Ademais, a partir da impositividade de execução das emendas e da sua expansão nos últimos anos, muitos municípios se veem reféns de parlamentares para poderem financiar seus serviços de saúde (Santos et al., 2024).

Essa situação está intimamente relacionada ao estado de subfinanciamento crônico do SUS (Santos et al., 2024). Ainda que as transferências condicionadas de recursos da União tenham contribuído sobremaneira para uma redução na desigualdade de financiamento entre os estados e municípios, especialmente no que diz respeito à APS, o orçamento do SUS nas três esferas ainda é insuficiente para cobrir todos os gastos necessários para a concretização dos princípios de universalidade e atendimento integral.

Conforme demonstrado na última publicação das contas-satélite de saúde, os gastos do governo com saúde em 2021 representaram 4,0% do PIB, enquanto os países da OCDE gastaram, em média, 7,4%. Em termos de gasto público por habitante, o Brasil também fica muito atrás na

comparação internacional, tendo gastado 2,9 vezes menos do que a média da OCDE em 2021 (IBGE, 2024).

A situação atual de desfinanciamento do SUS é fruto de um histórico de conflitos distributivos que se mentém até os dias atuais. Uma análise retrospectiva permite observar inúmeros pontos de estrangulamento no financiamento da política pública de saúde desde a promulgação da CF88, tais como instabilidade de fontes, perda de recursos por meio de renúncias fiscais e desvinculações, imposição de limites para os gastos e, mais recentemente, propostas de desvinculação de recursos (Matta, 2018).

Ao definir o direito à saúde, a CF88 também determinou as fontes para o seu financiamento, que seria compartilhado com a assistência social e a previdência no chamado Orçamento da Seguridade Social (OSS). No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias ficou estipulado um percentual de 30% do OSS para o setor saúde até que fosse aprovada a LDO. Além desse dispositivo não ter sido cumprido, o orçamento aprovado para o SUS ano a ano era instável e insuficiente para se garantir a universalidade do acesso aos serviços.

As incertezas com relação ao orçamento anual da saúde se tornaram um obstáculo para o planejamento das ações de saúde e, em última instância, para a implementação do SUS. Buscando uma solução para a instabilidade orçamentária, em 1996 foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) cuja arrecadação seria integralmente destinada ao financiamento da política de saúde. Efetivamente, a CPMF possibilitou um ganho de recursos para o SUS nos primeiros anos de vigência, contudo, sua criação acabou acarretando em uma diminuição das fontes de financiamento que tradicionalmente vinham sendo direcionadas para a saúde (Matta, 2018).

Após a elaboração de diferentes propostas para se majorar os recursos destinados ao financiamento do SUS, foi aprovada no ano 2000 a EC29/2000, que estabeleceu um valor mínimo a ser aplicado anualmente nas chamadas Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. Apesar de necessitar de regulamentação e de não haver à época uma definição do que seriam ASPS, a EC29/2000 representou um marco para o financiamento do SUS ao incluir na CF88 uma vinculação de recursos para a saúde nas três esferas de governo, encerrando uma fase de instabilidade, ao mesmo tempo em que ampliava os montantes destinados anualmente para sistema de saúde.

A regulamentação da EC29/2000 ocorreu doze anos depois, com a aprovação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC141/2012), que além de tratar dos percentuais

mínimos de aplicação de recursos em saúde, trouxe uma definição para ASPS e também estabeleceu um novo critério de rateio para os recursos repassados pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. De acordo com o Art. 17 da LC141/2012, para efetivação das transferências regulares e automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, a União deve observar:

as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012).

A partir dos parâmetros listados acima, o MS deveria elaborar uma metodologia para definição anual dos montantes a serem transferidos fundo a fundo aos estados, Distrito Federal e municípios para o custeio de ações e serviços públicos de saúde. No caso dos investimentos, a LC define que as transferências devem ser realizadas de forma e reduzir as desigualdades na oferta de serviços e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Conforme demonstrado, as transferências federais são um importante instrumento de efetivação da descentralização e da regionalização dos serviços de saúde no Brasil. Sendo assim, a implementação de critérios de rateio não baseados exclusivamente na população, mas sim em parâmetros diversos que contribuam com a redução de desigualdades no financiamento de ações e serviços de saúde, é de extrema importância. Apesar disso, o MS não foi capaz de cumprir com os critérios de rateio propostos pelo Art.17 da LC141/2012. Na medida em que manteve os parâmetros para o rateio de recursos da Lei 8.080/90, a LC141/2012 elenca 14 critérios a serem considerados para o cálculo do montante a ser descentralizado aos entes subnacionais. Além da dificuldade em operacionalizar tal metodologia, há contradições entre os critérios que inviabilizariam uma distribuição capaz de promover a redução de desigualdades. Assim, predominam até os dias atuais as transferências por base populacionais e por meio de incentivos à adesão de programas federais (Mascarenhas et al., 2025).

Pouco depois da publicação da LC141/2012, o financiamento federal do SUS foi novamente modificado. A EC86/2015 teve um duplo impacto no orçamento da saúde: alterou o parâmetro para os gastos mínimos com ASPS da União²⁰ e tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais no montante equivalente a 1,2% da RCL, dos quais 50%

²⁰ Pela regra da EC29/2000, o piso de gastos da União era calculado com base na variação do PIB. A EC86/2015 definiu a RCL como parâmetro para os gastos mínimos, num percentual que se iniciaria em 13,2% em 2016, passando para 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019, até alcançar 15% em 2020.

deveriam ser obrigatoriamente destinados a ASPS para serem contabilizados como gastos em saúde da União.

Conforme explicado no Capítulo 4, a existência de um dispositivo constitucional que garante um gasto anual mínimo com ASPS faz com que esses gastos passem a ter a sua execução obrigatória, mesmo aqueles gastos classificados como discricionários do ponto de vista da execução orçamentária e financeira. Em vista disso, a escolha por direcionar 50% das emendas individuais para o financiamento de ASPS dá ao parlamentar uma garantia de execução para além da impositividade.

A aprovação da EC86/2015 se deu em meio a um período de instabilidade política, em que o relacionamento entre Legislativo e Executivo encontrava-se fragilizado. Nessa conjuntura, não foi possível aferir os resultados da EC86/2015 para o financiamento do SUS, em vista da aprovação, logo no ano seguinte, da EC95/2016, que congelou os gastos públicos.

Durante a vigência da EC95/2016, o Legislativo foi ganhando espaço no orçamento federal e, principalmente, no orçamento da saúde, ao mesmo tempo em que o MS perdia recursos em decorrência do congelamento de gastos. As mudanças nas regras orçamentárias que se estabeleceram entre 2016 e 2023 impactaram no poder alocativo do MS e no seu papel de coordenador da implementação das políticas nacionais de saúde. Com o aumento da participação das emendas parlamentares sobre as despesas do MS, o Legislativo passou a controlar parte significativa das transferências federais, aquelas utilizadas pela União para expansão da rede e redistribuição de recursos entre os municípios. Considerando-se o caráter impositivo das emendas e a falta de critérios para sua distribuição, o planejamento regional do SUS, ainda incipiente, se enfraqueceu ainda mais.

Em 2023, a EC95/2016 foi revogada e uma nova regra fiscal foi aprovada via LC200/2023, que instituiu o regime fiscal sustentável, também conhecido por Novo Arcabouço Fiscal (NAF). Mais flexível do que o NRF, o NAF estipula um parâmetro para o crescimento dos gastos públicos baseado na arrecadação, além de definir um intervalo para a expansão de gastos, que varia de pelo menos 0,6% ao ano à 2,5% ao ano, independentemente do crescimento econômico (Brasil, 2023a).

Com a revogação da EC95/2016, volta a valer a regra de gastos mínimos com ASPS da EC86/2015, garantindo para a União uma despesa com saúde de, no mínimo, 15% da RCL. Apesar do NAF não fazer menção ao piso constitucional, especialistas e pesquisadores da área alertam que

a nova regra fiscal tende a comprometer a vinculação de gastos, uma vez que, em momentos de recessão econômica, o governo precisará reduzir gastos com outras políticas para manter o patamar de gastos com saúde. Movimentações recentes do Ministério da Fazenda levantaram dúvidas acerca da disposição do Poder Executivo em manter a vinculação de gastos do SUS, o que representaria um retrocesso para a política pública (Funcia; Noronha, 2023).

Esse movimento de desvinculação se relaciona a um panorama mais amplo de condução da política fiscal que privilegia gastos financeiros e acaba por promover uma privatização do orçamento.

Pelo menos desde a década de 1980, observa-se no Brasil a construção de um arranjo normativo que, em uma busca constante por superávits primários permanentes, criminaliza os gastos sociais – que beneficiam toda a população – ao mesmo tempo em que protege o sistema financeiro e o gasto público financeiro – que beneficia uma parcela restrita da sociedade, especialmente as instituições financeiras (Cardoso Jr, 2022).

Normas como a LRF, o NRF, e até mesmo o NAF, direcionam seus esforços para o corte ou para a restrição do crescimento de gastos reais, sem que sejam impostos quaisquer limites para os gastos financeiros com juros e amortização da dívida pública federal. Assim, enquanto toda a sociedade participa da formação do fundo público a partir de recursos provenientes da arrecadação, prioriza-se a destinação desses recursos para o pagamento de juros aos rentistas, em detrimento de gastos com políticas sociais como saúde, educação, transporte, infraestrutura, etc.

Conforme destacado por Cardoso Junior (2022), trata-se de promover austeridade fiscal sem que sejam discutidos mecanismos de austeridade financeira. O subfinanciamento da política de saúde é um resultado direto dessa política, que estrangula os gastos reais e reserva a maior parte do orçamento público para agentes privados que pertencem a segmentos privilegiados da economia.

Apesar de não ser escopo dessa pesquisa, a financeirização do orçamento é uma questão importante, cuja discussão precisa ser ampliada, tendo em vista não serem apenas os gastos sociais os únicos impactados. Na medida em que mantém elevadas taxas de juros, a política fiscal acaba desincentivando investimentos privados e, assim, impactando diretamente o crescimento e o desenvolvimento socioeconômico do país.

Planejamento em Saúde

De acordo com a legislação vigente, o processo de planejamento do SUS deve ser ascendente e integrado, ou seja, deve se iniciar com o planejamento no nível local – pelos municípios. Uma vez finalizado o planejamento municipal, será elaborado o planejamento estadual, de forma regionalizada e, finalmente, o nível federal poderá construir o Plano Nacional de Saúde (PNS) tendo como base os planejamentos municipais, estaduais e regionais e também as diretrizes pactuadas na Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1990, 2011).

Na prática, o processo ascendente se dá a partir das diretrizes das Conferências de Saúde, elaboradas de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. As Conferências de Saúde são importantes arenas de discussão do SUS e instâncias de participação social, sendo compostas por diferentes segmentos sociais, entre gestores e usuários do SUS, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

Uma vez definidas as diretrizes para a condução da política de saúde, os entes devem iniciar a elaboração dos Planos de Saúde. Conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, o Plano de Saúde é o instrumento central para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para um período de quatro anos. Nele devem estar explicitados os compromissos do governo para o setor saúde de acordo com as peculiaridades próprias de cada esfera (Brasil, 2017).

Os Planos de Saúde, tanto no nível federal como nos níveis estaduais e municipais, deverão ser submetidos à apreciação dos Conselhos de Saúde, que tem a competência de avaliar e emitir parecer favorável ou desfavorável com relação aos objetivos e metas propostos.

Além dos Planos de Saúde, devem também ser elaborados a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A PAS representa a anualização das metas do Plano de Saúde. Sendo assim, no período de quatro anos de vigência do Plano, devem ser elaboradas quatro PAS, cada uma contendo as metas físicas e a previsão de alocação de recursos necessários para a efetivação do planejamento do ano. O RAG, por sua vez, é o instrumento de prestação de contas, no qual os gestores apresentam aos conselheiros de saúde, e à sociedade, a comprovação da aplicação dos recursos orçamentários a cada ano, inclusive aqueles provenientes de emendas parlamentares. Também devem constar no RAG a evolução das metas previstas na PAS, com percentual de alcance, justificativas e recomendações, incluindo eventuais necessidades de redirecionamentos do planejamento.

Com o crescimento do volume de transferências federais decorrentes de emendas parlamentares à LOA, cabe aos entes beneficiários incluírem em seus RAG a comprovação de aplicação desses recursos. Não obstante, essa prestação de contas não vem sendo efetivada pelos entes, tampouco analisadas pelos conselhos de saúde responsáveis pela sua verificação.

Em relatório produzido pela Controladoria Geral da União (CGU) em 2024, no âmbito da ADPF 854, não foi identificada a prestação de contas acerca da aplicação de recursos de emendas por nenhum dos municípios analisados. Ademais, observou-se em alguns casos que o RAG sequer foi elaborado (Cavalcanti; Vieira, 2025).

Importa mencionar que a apresentação dos Planos de Saúde e dos RAG, em conjunto com a instituição e o funcionamento dos Fundos de Saúde e dos Conselhos de Saúde, são pré-requisitos para o recebimento de recursos transferidos pela União, de acordo com a Lei Orgânica do SUS e com a LC141/2012. Ainda assim, até os dias de hoje, ainda há municípios que não fazem planejamento ou prestação de contas, ou fazem de forma burocrática e sem refletir as reais necessidades de saúde da população.

Mais recentemente, foi definido que os municípios somente poderiam receber recursos de emendas parlamentares se estas pudessem ser diretamente relacionadas com os objetivos e metas aprovados nas suas PAS. Conforme dados disponibilizados pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE-MS), ainda há uma quantidade pequena de municípios sem PAS aprovada, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Evolução do número de municípios por situação da PAS entre 2018 e 2025

Situação	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aprovado	5.190	5.173	5.142	5.149	5.323	5.288	5.220	4.844
Em Análise no Conselho de Saúde	109	124	156	187	142	167	214	403
Em Elaboração	114	98	94	90	43	47	74	179
Não Iniciado	133	154	148	127	38	49	40	93
Retornado para Ajustes	12	9	13	9	14	12	14	44
Não Aprovado	10	10	15	6	8	5	7	6

Fonte: SAGE-MS, elaborado pela autora.

Em que pese mais de 90% dos municípios terem tido suas PAS aprovadas nos últimos anos, percebe-se uma quantidade relevante de instrumentos não elaborados (em elaboração e não iniciado), além daqueles não analisados pelos respectivos Conselhos, o que sugere uma deficiência no processo que pode estar relacionada a insuficiência de recursos humanos e financeiros, tanto pelo lado dos municípios quanto pelo lado dos Conselhos.

Com relação ao RAG, um número maior de municípios não vem apresentando a prestação de contas anual, ainda que a situação venha melhorando ao longo dos anos, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Evolução do número de municípios por situação do RAG entre 2018 e 2024*

Situação	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aprovado	4.434	4.516	4.380	4.601	4.864	4.738	4.137
Aprovado com Ressalvas	262	248	312	177	199	196	200
Não Aprovado	27	29	50	15	23	21	28
Em Análise no Conselho de Saúde	231	235	292	273	262	340	750
Retornado para Ajustes	6	5	12	7	9	4	16
Em Elaboração	207	142	160	194	67	94	152
Não Iniciado	401	393	362	301	144	175	286

Fonte: SAGE-MS, acessado em 26/02/2026. Elaborado pela autora.

* O prazo de envio do RAG do ano de 2025 se encerra em 31/03/2026.

Com relação aos estados, a situação é diferente. Desde 2018, todos elaboraram e enviaram suas PAS, com exceção dos anos de 2019, 2024 e 2025, quando uma UF não elaborou o instrumento de planejamento anual. Com relação ao RAG, desde 2018, apenas dois estados não elaboraram a prestação de contas anual e nove estão aguardando análise pelo Conselho. Essa situação demonstra que também há alguma dificuldade de análise dos instrumentos de planejamento por parte dos Conselhos Estaduais que precisa ser aprimorada.

Por sua vez, o planejamento estadual é realizado de forma regionalizada, considerando as regiões de saúde e as RAS, com o objetivo de garantir a integralidade do atendimento. Conforme consta na Portaria de Consolidação nº 1/2017, os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

O processo de regionalização iniciado com as NOBs e NOAS, foi formalizado com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que institucionalizou as regiões de saúde e as RAS. A formação de regiões de saúde deve ser pactuada entre os municípios participantes e o estado nas reuniões colegiadas das Comissões Intergestores. A CIR, que é a comissão regional, é o principal *locus* de discussão, definição e pactuação regional do SUS.

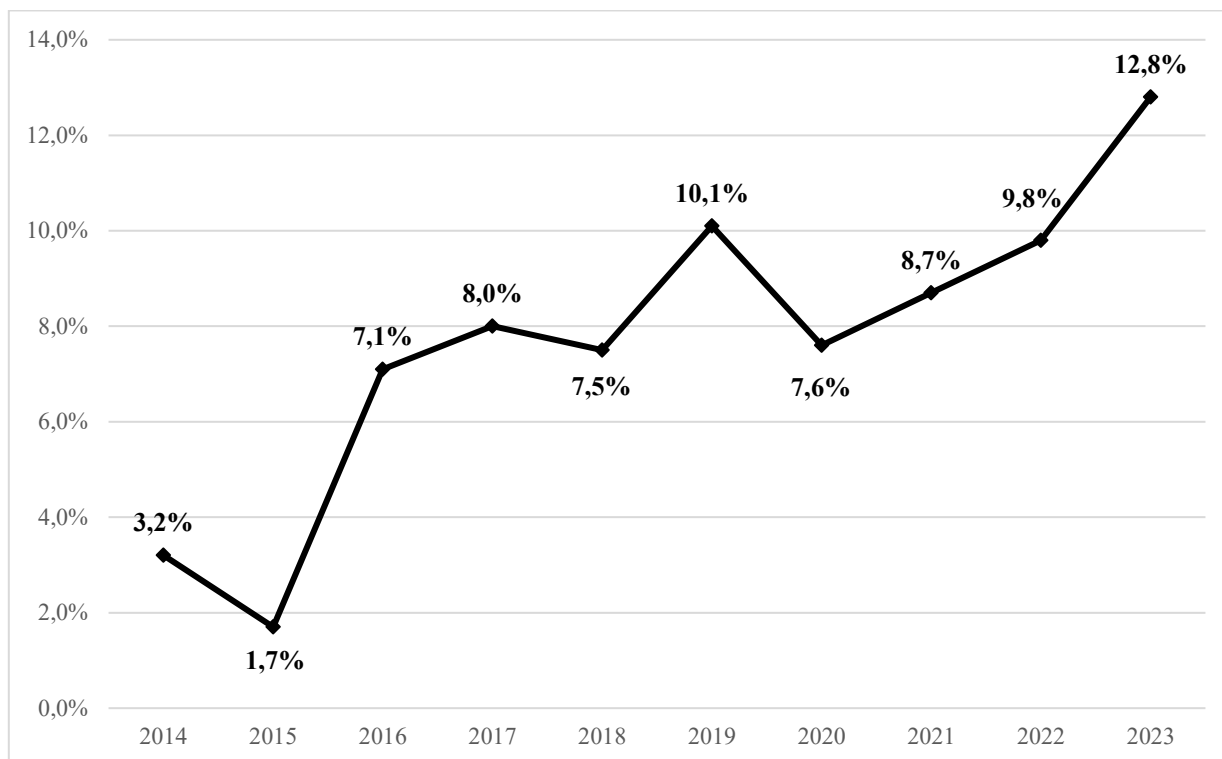
Pesquisas recentes demonstram o papel relevante da CIR para a governança regional, mas apontam algumas dificuldades que impedem o pleno funcionamento desses espaços para viabilizar seu fim principal – garantir a integralidade da assistência. Assim, questões como necessidade de recursos financeiros, dificuldades de locomoção para participar das reuniões, mudanças constantes

dos secretários de saúde, precariedade de recursos humanos, desequilíbrios de poder entre os participantes e interferências políticas – inclusive relacionadas a emendas parlamentares – acabam por enfraquecer a colaboração entre os entes nas regiões de saúde (Santos; Giovanella, 2014; Silva et al., 2020; Santos et al., 2024).

Conforme mencionado, as emendas parlamentares, transferidas diretamente aos municípios sem que sejam considerados quaisquer critérios regionais, enfraquecem as pactuações intergestores ao mesmo tempo em que reforçam disputas entre os gestores. Em um cenário em que a governança regional encontra dificuldades para se efetivar e o subfinanciamento do sistema de saúde sobrecarrega os municípios, é urgente que o MS busque por instrumentos de regulação que consigam direcionar as emendas para redução das desigualdades regionais, especialmente no que diz respeito ao acesso a serviços de alta complexidade.

5.2 ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS POR EMENDAS PARLAMENTARES

Desde a aprovação da LDO de 2014, que deu início a obrigatoriedade de execução de emendas parlamentares individuais, a área da saúde viu suas despesas com emendas crescer vertiginosamente. Conforme se observa pelo Gráfico 4, em 2014, os parlamentares eram responsáveis por pouco mais de 3% do gasto total com ASPS da União. Em 2023, esse percentual aumentou para 12,8%. Em termos reais, a participação do CN no orçamento federal da saúde cresceu mais de 300% entre 2014 e 2023, enquanto os gastos com saúde da programação própria do MS tiveram um aumento de 4,5%. Analisando apenas as despesas discricionárias, o avanço é ainda maior. Se em 2014, os parlamentares participavam com menos de 20% do total de gastos discricionários do MS, em 2023 eles já eram responsáveis por mais da metade de toda a definição alocativa discricionária da pasta (52,5%) (Vieira, 2024).

Gráfico 4 – Participação das emendas parlamentares sobre o gasto total do Ministério da Saúde com ASPS

Fonte: Vieira, 2024, elaborado pela autora.

Esse aumento da participação do Legislativo nas despesas com saúde da União não se reflete em mais recursos direcionados ao orçamento federal do SUS, pelo contrário. Por serem contabilizadas como gastos com ASPS, as emendas resultam em uma redução da disponibilidade orçamentária do MS. Conforme demonstrado pela Tabela 5, a cada ano, o Legislativo captura uma parcela cada vez maior da execução orçamentária da Saúde.

Conjugado ao fato de que a União vem historicamente tratando o piso constitucional como teto para os gastos federais com saúde (Vieira; Piola; Benevides, 2019), a apropriação de parte do orçamento federal da saúde pelos parlamentares contribui para uma piora do quadro de subfinanciamento do SUS.

Vale ressaltar que essa pesquisa se limitará a observar as mudanças no financiamento do SUS decorrentes das alterações do arranjo de implementação do processo legislativo orçamentário a nível federal. Contudo, as recentes modificações na governança orçamentária federal lideradas pelo Congresso Nacional podem ser replicadas pelos parlamentares nas Assembleias Legislativas nos Estados, de modo que essa nova governança orçamentária tem potencial para afetar o financiamento do SUS nas três esferas.

Tabela 5 – Participação das Emendas Parlamentares nos gastos em ASPS da União e cumprimento do piso constitucional – em R\$ Bilhões

Ano	Aplicação Mínima em ASPS	Gastos ASPS Total	Gastos ASPS Ministério da Saúde	Gastos ASPS Emendas parlamentares	Gastos ASPS não computados para o piso	% acima do mínimo sem emendas
2016	95,4	106,2	101,7	4,5	0,5	6,7%
2017	109,1	114,7	107,3	7,4	0,6	-1,6%
2018	112,4	116,8	108,0	8,8	0,6	-3,9%
2019	117,3	122,3	115,5	6,8	1,5	-1,5%
2020 ⁽¹⁾	121,3	161,0	148,7	12,3	1,4	22,6%
2021 ⁽¹⁾	127,0	179,1	163,4	15,7	1,8	28,6%
2022	139,8	151,9	137,0	14,9	1,3	-2,0%
2023 ⁽²⁾	172,8	179,8	165,1	14,7	2,6	-4,5%
2024	214,5	215,9	191,1	24,8	2,5	-10,9%
2025	227,6	234,6	210,5	25,6	1,5	-7,5%

Fonte: Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde, elaborado pela autora.

Valores nominais não corrigidos pela inflação do período.

⁽¹⁾ Considera os gastos extraordinários decorrentes do combate a pandemia de covid-19.

⁽²⁾ Considera o valor para o piso constitucional resultante da revogação da EC95/2016.

Em vista do avanço das emendas parlamentares no orçamento da saúde e do espaço que elas passaram a ocupar nas despesas discricionárias do MS, é importante compreender em que medida as transferências via emendas podem contribuir para uma melhora na prestação de serviços para a população e também para a redução de desigualdades regionais, conforme determinação constitucional²¹.

Buscando avaliar os resultados das decisões alocativas do Legislativo na área da saúde, diversas pesquisas vêm sendo elaboradas nos últimos anos com diferentes perspectivas de análise. Ante ao vasto material disponível, esse capítulo irá se debruçar sobre dados secundários obtidos de pesquisas recentes que tratam do tema.

Inicialmente, destaca-se um importante entrave para a correta mensuração desses resultados. Ainda que existam atualmente os indicadores de resultado primário para identificar cada um dos quatro tipos de emendas na peça orçamentária, eles foram sendo criados na medida em que o Poder Legislativo avançava sobre as competências do Executivo, com o objetivo de possibilitar um maior controle sobre a execução das suas indicações. Sendo assim, as emendas de bancada estadual, por exemplo, só receberam um marcador orçamentário em 2017. As emendas de relator

²¹ De acordo com o § 3º do Art. 198 da CF88, os recursos transferidos aos entes subnacionais pela União devem seguir os critérios de rateio definidos na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, com o objetivo de reduzir disparidades regionais.

e de comissão passaram a ser identificadas apenas em 2020. Antes de existir essa marcação, as emendas eram executadas em ações orçamentárias específicas e em POs dentro das ações orçamentárias dos programas com os quais se relacionavam. Contudo, não existia uma padronização para o registro das emendas, o que dificulta a correta identificação da execução desses recursos.

Conforme explicitado por Piola e Vieira (2019), no ano de 2018, o MS deixou de registrar as emendas de relator-geral no PO EREL da ação orçamentária 4525, as tendo registrado no PO 000Z. Nessa mesma ação, exclusiva para o registro de recursos de emenda parlamentar, o MS criou o PO 0000, que agregava diferentes tipos de recursos de emendas, sem distinção, impossibilitando a correta identificação do seu proponente. Para conseguir validar os montantes relativos a emendas no orçamento, os autores foram obrigados a entrar em contato com os técnicos do MS para validar os valores identificados.

Também são encontradas dificuldades na correta identificação das emendas nas diferentes bases de dados disponibilizadas. Atualmente, existem pelo menos quatro bases de referência para pesquisa de emendas parlamentares na área da saúde: o portal da transparência, mantido pela Controladoria-Geral da União; o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) do Ministério do Planejamento e Orçamento; o Siga Brasil, do Senado Federal; e os painéis do Fundo Nacional de Saúde, mantidos pelo Ministério da Saúde. Cada uma dessas bases possui uma fonte de dados primários distinta, de forma que a realização de uma busca com os mesmos parâmetros em cada uma das quatro bases irá apresentar quatro resultados diferentes (Cavalcanti; Vieira, 2025).

Inúmeros outros problemas dificultam a correta mensuração dos valores executados por emendas, o que faz com que os diferentes artigos analisados utilizem diferentes metodologias para a extração dessas informações das bases de dados disponíveis. Essa falta de transparência, além de um obstáculo para a adequada mensuração das despesas, tende a subestimar os valores executados por emenda parlamentar, uma vez que parte dos recursos não são captados pelas métricas disponibilizadas.

Apesar do problema da transparência não ser novidade, o fato das emendas terem passado a representar mais de 10% de todos os gastos em saúde da União e mais de 50% dos seus gastos discricionários, fez com que a questão ganhasse uma maior relevância.

Conforme demonstrado por Piola e Vieira (2019), os repasses de parlamentares para o incremento ao custeio dos serviços de média e alta complexidade que foram em trono de R\$ 11 milhões em 2015, subiram para R\$ 2,8 bilhões em 2018. Por sua vez, os repasses para incremento de custeio da atenção primária passaram de R\$ 89 milhões para R\$ 4,1 bilhões no mesmo período, em valores constantes de 2018.

O aumento expressivo da alocação orçamentária no custeio dos serviços de saúde em conjunto com a falta de transparência e prestação de contas desses gastos contribuíram para uma crescente preocupação quanto aos critérios utilizados pelos parlamentares para a distribuição dos recursos e os impactos dessa distribuição sobre as desigualdades regionais no financiamento do SUS.

Buscando identificar possíveis distorções geradas pelas emendas parlamentares no financiamento da APS, Fabíola Vieira e Luciana de Lima (2022) focaram sua atenção nos repasses para incremento aos recursos do Piso da Atenção Básica – PAB. As autoras compararam os repasses de recursos do PAB Fixo realizados por programação própria do MS com os montantes destinados ao incremento do PAB via emendas no período de 2015 a 2019.

De acordo com os dados avaliados, observou-se que apenas 5% dos municípios mais vulneráveis receberam recursos de emendas para incremento ao custeio da APS no ano de 2015, enquanto 95% dos municípios do mesmo grupo não foram contemplados, tendo recebido apenas o repasse do PAB Fixo do MS. Esse cenário se reverteu em 2019, quando 92% dos municípios classificados como mais vulneráveis receberam algum incremento ao PAB via emenda parlamentar.

Apesar de cobrir uma parcela maior de municípios desse grupo, as distorções em relação aos valores transferidos via programação própria do MS foram significativas: R\$ 30 por habitante do MS contra R\$80 por habitante, em média, dos parlamentares.

Merece destaque também as grandes variações no valor recebido por habitante via emendas parlamentares entre os quatro grupos de municípios avaliados. Enquanto os municípios mais vulneráveis (grupo I) receberam, em média, R\$108 por habitante em 2019, os menos vulneráveis (grupo IV) receberam R\$39,00, ao passo que a média Brasil foi de R\$96,00.

Conforme destacado por Vieira e Lima (2022), as grandes variações observadas no incremento do PAB via emendas parlamentares acabam distorcendo a política para redução das

desigualdades regionais no financiamento da Atenção Primária que era promovida pelas transferências do PAB Fixo realizadas com recursos próprios do MS.

Complementando os resultados da pesquisa de Vieira e Lima, Silva et al. (2024) concluíram que as transferências de emendas parlamentares ao custeio de ações da APS são uma importante fonte de captação de recursos para manutenção de serviços de saúde dos entes municipais. Mas se por um lado as emendas representam uma fonte externa de financiamento de ASPS dos municípios, por outro, elas representam um risco para o planejamento da saúde.

Avaliando as diferenças entre o montante alocado via emendas e via programação própria do MS no período de 2015 a 2019, as autoras observaram que a região Nordeste recebeu o maior valor por habitante de emendas entre 2016 e 2021, seguida da região Norte. Enquanto isso, as transferências regulares do MS no mesmo período privilegiaram o Centro-Oeste e destinaram o menor valor por habitante para a região Norte.

Ainda que a primeira vista possa parecer que os parlamentares estão atuando a favor de uma distribuição mais equitativa dos recursos orçamentários, os dados mostram que há grande variação da distribuição de emendas parlamentares a cada ano, o que prejudica o planejamento das ações de saúde, podendo levar a descontinuidade na prestação de serviços. Para que os municípios possam manter os serviços de saúde em funcionamento permanente é preciso regularidade e previsibilidade dos recursos de custeio. Se o custeio dos serviços está sendo mantido por recursos de emendas, que dependem de acordos políticos viabilizados por atores com mandatos eletivos, a prestação de serviços pode ser interrompida em razão da perda de sua fonte de financiamento entre uma legislatura e outra, ou mesmo de um ano para o outro, caso o parlamentar resolva alocar suas emendas em outro município.

Nesse sentido, merece destaque um achado importante na pesquisa de Karla Giovana Ulinski et al. (2024). A partir da análise dos dados de emenda parlamentar destinadas para o financiamento da atenção primária nos municípios, as autoras concluíram que o aumento no volume de recursos de emendas não acarretou em um efeito substituição nos gastos da saúde, ou seja, não se pode afirmar que as emendas destinadas a APS resultaram em um deslocamento de recursos próprios dos municípios para o financiamento de outras políticas públicas.

A pesquisa de Ulinski et al. (2024) revelou que os municípios mantiveram o mesmo patamar de gastos com ASPS mesmo nos momentos em que receberam recursos de emendas

para o financiamento da APS, inclusive os municípios de pequeno porte, que concentram a maior parcela de seus recursos na atenção primária.

Concluiu-se que a transferência federal de emendas parlamentares para APS tem como consequência indireta um aumento no direcionamento de recursos próprios para outros gastos em saúde, como vigilância, assistência farmacêutica, atenção especializada, dentre outros.

Esse é um importante achado para o financiamento da APS no nível subnacional, pois demonstra que os municípios estão preocupados com a manutenção dos serviços de atenção primária, os mais importantes do sistema de saúde. Contudo, gera o mesmo problema de descontinuidade para as outras grandes áreas, que de um ano para o outro podem se ver sem recursos para manter os serviços antes financiados por emendas.

Trazendo um olhar diferente para o mesmo problema, Fabíola Vieira (2024) buscou avaliar a distribuição dos recursos de emendas parlamentares destinados para APS e AES a partir da perspectiva da organização regional do SUS.

Conforme explicado, a oferta de serviços de saúde no território brasileiro é organizada por meio de regiões e macrorregiões de saúde de modo a garantir a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir do momento em que são destinados recursos orçamentários diretamente para um município, sem que se considere a organização territorial dos serviços, corre-se o risco de serem reforçadas eventuais desigualdades e iniquidades regionais.

Diante disso, a análise da autora é muito pertinente, pois demonstra que não há evidências de que os arranjos de implementação da política de saúde estão sendo levados em consideração pelos parlamentares no momento da proposição de suas emendas.

Em relação aos critérios alocativos, Santos e Funcia (2025) argumentam que as emendas parlamentares contabilizadas como gastos em ASPS da União, sendo de execução obrigatória, deveriam ser tratadas como transferências obrigatórias da União e, como tal, deveriam se submeter aos critérios de rateio impostos pela LC141/2012.

Em que pese a importante argumentação dos autores, há entendimento do Tribunal de Contas da União (TCU), proferido no Acórdão 287/2016, de que as emendas individuais impositivas, ainda que de execução obrigatória, tem natureza voluntária, tendo em vista a discricionariedade das despesas, seu caráter cooperativo e a existência de exigências para entrega de recursos. Apesar disso, no mesmo Acórdão, o Tribunal reforça sua preocupação com a falta de regulamentação de critérios essenciais à execução das emendas e menciona a necessidade de serem

observados os critérios de rateio presentes na LC141/2012 para a parcela das emendas individuais destinadas ao financiamento de ASPS da União. Ainda no sentido de buscar um melhor direcionamento das emenda parlamentares, o Acórdão sugere que sejam adicionados anualmente no Anexo de Metas e Prioridades da LDO dispositivos que busquem aproximar as emendas impositivas do planejamento do Governo Federal.

Mesmo que, por diversos motivos, as transferências federais não consigam resolver o problema da desigualdade regionais no financiamento da saúde, o MS as utiliza como instrumento para tentar mitigá-las. A perda do controle de parte significativa desses recursos para o Legislativo interfere diretamente nesse esforço da União, principalmente pela falta de critérios predominante na alocação dos recursos de emendas.

Ainda no que diz respeito às desigualdades alocativas para o financiamento da APS e AES por emendas parlamentares, Cavalcanti (2025) foi mais adiante nas análises e realizou um importante levantamento que busca dar luz a: o cumprimento dos limites máximos estipulados para o incremento ao custeio da APS e AES; a execução de recursos provenientes de emendas do relator-geral em 2023, após a decretação da inconstitucionalidade desse dispositivo pelo STF; e os beneficiários privados das emendas destinadas a média e alta complexidade nos estados e municípios.

A indicação de emendas para incremento de custeio da atenção primária e especializada deve obedecer ao limite imposto anualmente pelo MS²². Para a APS, o limite é calculado com base nas transferências de custeio da União – PAB Fixo e Variável – realizadas para cada município no ano imediatamente anterior ao da proposta. Para a AES, até 2022, limitava-se a indicação em até 100% da produção total aprovada para média e alta complexidade do ano anterior para cada tipo de estabelecimento. Em 2023, foi indicada a produção de 2019 como parâmetro para o cálculo do teto para estabelecimentos municipais e estaduais, numa tentativa do MS de melhor regular a execução das emendas, uma vez que se observou um aumento incomum na produção informada por alguns estabelecimentos de saúde no ano de 2022. Em 2024, mais uma tentativa de regulação foi posta em prática. Foi incluído um acréscimo de 14% ao teto MAC para os estabelecimentos estaduais e municipais com produção no FAEC em 2023, de 30% para os que pertencessem à Amazônia Legal e de 20% para aqueles com IVS maior do que 0,3 e que tenham capacidade

²² Os montantes máximos, por município e por estabelecimento, são publicados anualmente na página do Fundo Nacional de Saúde na internet, disponíveis para consulta em: <https://portalfns.saude.gov.br/>

instalada de média e alta complexidade. Para os estabelecimentos privados sem fins lucrativos, o limite em todo o período foi mantido em 100% da produção de cada entidade no ano anterior, com exceção de 2023, quando o parâmetro também foi a produção de 2019.

Em vista dessa mudança nas regras de cálculo para a AES, observou-se um aumento relevante no limite máximo permitido para repasses a estabelecimentos públicos em 2024, que apresentou um aumento real de 90% (somando-se o os limites para estabelecimentos municipais e estaduais). Importante ressaltar que esse aumento de limites derivado da mudança normativa, embora tenha representado um ganho para os entes públicos, não apresentou uma distribuição homogênea pelo território, resultando em variações relevantes entre municípios. Essas variações impactam diretamente nas indicações dos parlamentares, de modo que os desequilíbrios observados na indicação de recursos de emendas para o custeio da AES devem ser analisados com cautela (Cavalcanti, 2025).

Importante destacar que, na medida em que os limites são calculados levando-se em consideração apenas a produção informada por cada ente no ano anterior, eles acabam reforçando as desigualdades regionais na prestação de serviços de média e alta complexidade.

Os dados organizados por Cavalcanti mostram que os limites para o custeio da APS vêm sendo cumpridos nos últimos anos, com exceção de 2020, quando o país enfrentava a pandemia de covid-19. Por outro lado, houve descumprimento do limite de transferências para o custeio da AES dos municípios nos anos de 2023 e 2024, sendo necessárias pesquisas mais específicas para avaliação desse descumprimento.

Quando a análise de limites é complementada pelos recursos alocados de acordo com as regras da Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 (Portaria 544/2023), observa-se um aumento no montante que ultrapassa o limite máximo estipulado.

A Portaria 544/2023 foi resultado de uma mudança institucional ocorrida no ano de 2022, quando o STF julgou inconstitucional qualquer transferência de recursos orçamentários por meio do RP9, conhecido como orçamento secreto. Concomitantemente a esse julgamento, foi aprovada a EC126/2022, que, em seu art. 8º, destinava R\$9,85 bilhões para emendas de relator – RP9. Diante desse impasse, o MS elaborou e publicou a Portaria 544/2023, que instituiu os procedimentos para execução de despesas em ASPS autorizadas na LOA 2023 com base no art. 8º da EC126/2022. Apesar da controvérsia em torno dessa normativa, Cavalcanti demonstra que os procedimentos

explicitados na Portaria 544/2023, na prática, permitiram a execução dos recursos identificados como RP9 na LOA na forma de despesas discricionárias do MS.

Feito esse esclarecimento, o autor analisou a execução desses recursos no orçamento da saúde no ano de 2023 e identificou variações expressivas na sua distribuição. Com relação aos limites para o incremento de custeio, os recursos aplicados por meio da Portaria 544/2023 resultaram em descumprimento do limite pela APS no ano de 2023 no montante de R\$ 482,5 milhões. No caso da AES, que mesmo sem esses recursos já havia extrapolado os limites no ano, quando se considera a Portaria, o volume de recursos executados acima do teto chega a R\$1,62 bilhão.

Em relação a distribuição territorial dos recursos regulados pela Portaria 544/2023, o estado de Alagoas foi o maior beneficiário com o incremento ao custeio da APS, tendo recebido, no total, R\$231 milhões, ou R\$72 por habitante. O segundo estado mais beneficiado foi o Rio Grande do Norte, com um montante equivalente a R\$35 por habitante, menos da metade do valor recebido por Alagoas. O DF, por sua vez, foi a Unidade da Federação que recebeu o menor montante em termos absolutos, R\$ 3,3 milhões, e também por habitante, R\$1,10.

Com relação ao incremento da AES, Alagoas foi o segundo estado que mais recebeu recursos em termos absolutos, mas o primeiro em termos de valor por habitante, R\$127,90. O estado do Maranhão, que aparece em segundo lugar em recursos por habitante recebeu R\$ 48,70. A análise municipal mostra que os 15 municípios que mais receberam recursos de emenda parlamentar para custeio da AES nos termos da Portaria 544/2023 têm menos de 100 mil habitantes, estando sua maioria localizados na região Nordeste. Dentre eles, o menor estado possui 1.784 habitantes e o maior 83.675.

Importante destacar que tanto Vieira e Lima (2022), como Silva et al. (2024) e Cavalcanti (2025) identificaram as regiões Norte e Nordeste como as mais beneficiadas em termos de montante destinado por emenda parlamentar. Ainda que em um primeiro momento possa parecer que as emendas promovem uma redistribuição de recursos que favorece a redução de desigualdades nessas regiões, não há nenhuma evidência nesse sentido.

Em relação a essa possível redistribuição, Santos e Funcia (2025) lembram que os estados mais populosos concentram mais estabelecimentos de saúde de alta complexidade e acabam demandando mais recursos de custeio. Sendo assim, reforçam o entendimento de que os recursos

transferidos via emendas parlamentares devem seguir os critérios de rateio do SUS e a lógica das regiões de saúde e das RAS.

Por sua vez, Cavalcanti (2025) realizou um levantamento de todos os beneficiários de recursos para o incremento de custeio da AES no período de 2019 a 2024, sem considerar os recursos executados no âmbito da Portaria 544/2023.

Conforme mencionado no Capítulo 4, desde 2018, os parlamentares passaram a poder indicar os beneficiários das suas emendas. No caso da APS, apenas as secretarias municipais de saúde podem ser beneficiadas com recursos de emendas, mas na AES os recursos podem ser direcionados tanto para entidades municipais e estaduais de saúde como para estabelecimentos privados que prestam serviços para o SUS.

No período analisado, observou-se que, em média, 30,2% dos recursos alocados para incremento do custeio da AES tiveram como beneficiários entidades privadas prestadoras de serviços ao SUS. Esses recursos, que representam 34,1% das transferências para estados e 28,1% das transferências para municípios, são repassados sem que se dê transparência sobre os seus beneficiários.

No ano de 2024, os dois estados que receberam o maior quantitativo de recursos para o financiamento de entidades privadas de prestação de serviços de média e alta complexidade foram o Paraná e o Rio Grande do Sul, 78,9% e 69,3% respectivamente. Por outro lado, Roraima, Amapá, Amazonas e Acre não receberam nenhum recurso destinado a beneficiários privados.

Enquanto esses últimos não tem um histórico de direcionamento de emendas para entidades privadas, o Rio Grande do Sul havia recebido 90,1% de indicações para entidades privadas em 2023. De modo geral, observou-se uma redução no percentual de indicações de entes privados em 2024 em quase todas as UF (78%), o que pode ser atribuído a mudança na forma de cálculo dos limites para custeio da AES ocorrida em 2024.

Apesar de alguns estados ainda estarem recebendo recursos majoritariamente para o financiamento de estabelecimentos privados, a mudança de critérios para efetivação das transferências de emendas resultou em uma mudança alocativa a favor dos prestadores de serviços públicos em muitos municípios. Esse pode ser considerado um resultado positivo quando se leva em consideração os achados de Lima et al. (2019), os quais demonstraram que a prevalência de prestadores privados nas regiões de saúde tem impacto negativo sobre a organização dos serviços nas RAS e sobre os arranjos organizacionais do SUS.

Finalmente, interessa apresentar também a análise realizada por Ocké-Reis, Benevides e Melo (2023), que levantaram dados acerca da aplicação de recursos de emendas parlamentares para o combate à pandemia de covid-19 ao longo do ano de 2020.

Os autores identificaram que a distribuição das emendas parlamentares entre os estados não se relacionou necessariamente com o número de casos registrados. As três UF que registraram a maior quantidade de casos por habitante no ano de 2020 foram Roraima (10,9), Distrito Federal (8,2) e Amapá (7,9), que receberam por habitante R\$93,13, R\$25,39 e R\$104,20, respectivamente. Além disso, não foram alocados recursos de emendas para os estados do Espírito Santo e Mato Grosso, apesar de figurarem no quinto e nono lugar no ranking de casos por habitante. Em quarto lugar, com 6,8 casos por habitante, Santa Catarina recebeu o total de R\$100.000,00 de emenda parlamentar em 2020.

Em comparação com o montante destinado a essas UF via transferência fundo a fundo do MS, nota-se grande disparidade. Enquanto a distribuição do MS destinou menos do que a média nacional para apenas 7 estados (26%), a distribuição parlamentar destinou recursos inferiores à média nacional para 11 UF (41%), das quais duas não foram contempladas com recursos no ano.

Ante ao exposto, confirma-se a hipótese de que as alterações recentes no modo de governança orçamentária federal tiveram como consequência uma piora da distribuição de recursos orçamentários para o financiamento da política pública de saúde. As grandes variações na distribuição de recursos ano a ano, o desconhecimento ou a desconsideração pela forma de organização regional do SUS, a não observância dos critérios legais de rateio dos recursos da saúde e a falta de um alinhamento entre as necessidades de saúde e as decisões alocativas foram alguns dos fatores identificados como indutores de desigualdades na alocação das emendas parlamentares nos últimos anos.

O crescimento expressivo de recursos destinados para ASPS também alterou a dinâmica de poder dentro do arranjo de implementação do processo orçamentário do MS, que se viu sem instrumentos para frear a execução das emendas, além de ter perdido parte dos seus recursos próprios para recursos carimbados de parlamentares, contribuindo para uma piora do quadro de subfinanciamento do SUS.

Por óbvio, há casos em que as emendas parlamentares beneficiam os municípios e promovem melhorias na prestação do serviço público para a população. Por estarem mais próximos das realidades locais e terem a possibilidade de manter contato direto com prefeitos e governadores,

os parlamentares conseguem identificar gargalos e utilizar as emendas para sanar eventuais necessidades locais não identificadas pelo gestor federal. Porém, uma análise do quadro geral mostra problemas de natureza mais ampliada que interferem diretamente no princípio de redução de desigualdades. Nesse caso, um direcionamento de gastos se mostra necessário para alinhar os interesses dos parlamentares com o planejamento e as especificidades da política, principalmente em vista da contabilização das emendas como gastos em saúde da União.

6 ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme conceituado por Pires e Gomide (2024), os arranjos de implementação representam as formas como os múltiplos atores se organizam para intervir na implementação de uma política pública. A partir dessa interação entre os atores, mediada pelos instrumentos que utilizam, são moldados os diferentes resultados das políticas. Dessa forma, os arranjos de implementação são um componente importante para a ativação das capacidades estatais: dependendo da forma como o arranjo se organiza, o resultado da atuação do Estado pode trazer mais ou menos benefícios para a população e para aqueles beneficiários das políticas específicas.

As mudanças ocorridas na governança orçamentária federal nos últimos dez anos reverberaram sobre os orçamentos dos órgãos setoriais e geraram desequilíbrios no arranjo de implementação dos seus processos orçamentários. No caso da política de saúde, o fortalecimento da capacidade alocativa do Legislativo obrigou o Ministério da Saúde a buscar novos instrumentos para regular seu relacionamento com o CN, em uma tentativa de mediar as escolhas parlamentares.

Desde 2013, o arranjo orçamentário do MS apresentou pelo menos dois momentos de equilíbrio e encontra-se atualmente em meio a um terceiro momento, ainda que marcado por certa instabilidade institucional. Entender como esses momentos se moldaram é de grande valia para compreender os fatores que levam a uma maior ou menor capacidade do MS no arranjo. Essa capacidade é definida, em grande medida, pelos instrumentos que são mobilizados a cada momento. Sendo assim, o presente capítulo se debruça sobre a configuração dos arranjos de implementação do processo orçamentário do MS no período de 2013 a 2025, com foco nos instrumentos utilizados.

Para desenhar os arranjos de implementação, foram realizadas entrevistas com atores chave do processo orçamentário no MS, além de pesquisa bibliográfica e documental, conforme

descrito na seção metodológica. As contribuições dos(as) entrevistados(as) estão identificadas ao longo do texto a partir de códigos, conforme apresentado na Tabela 6. Essa forma de apresentação visa assegurar o sigilo dos(as) participantes.

Tabela 6 – Identificação das pessoas entrevistadas

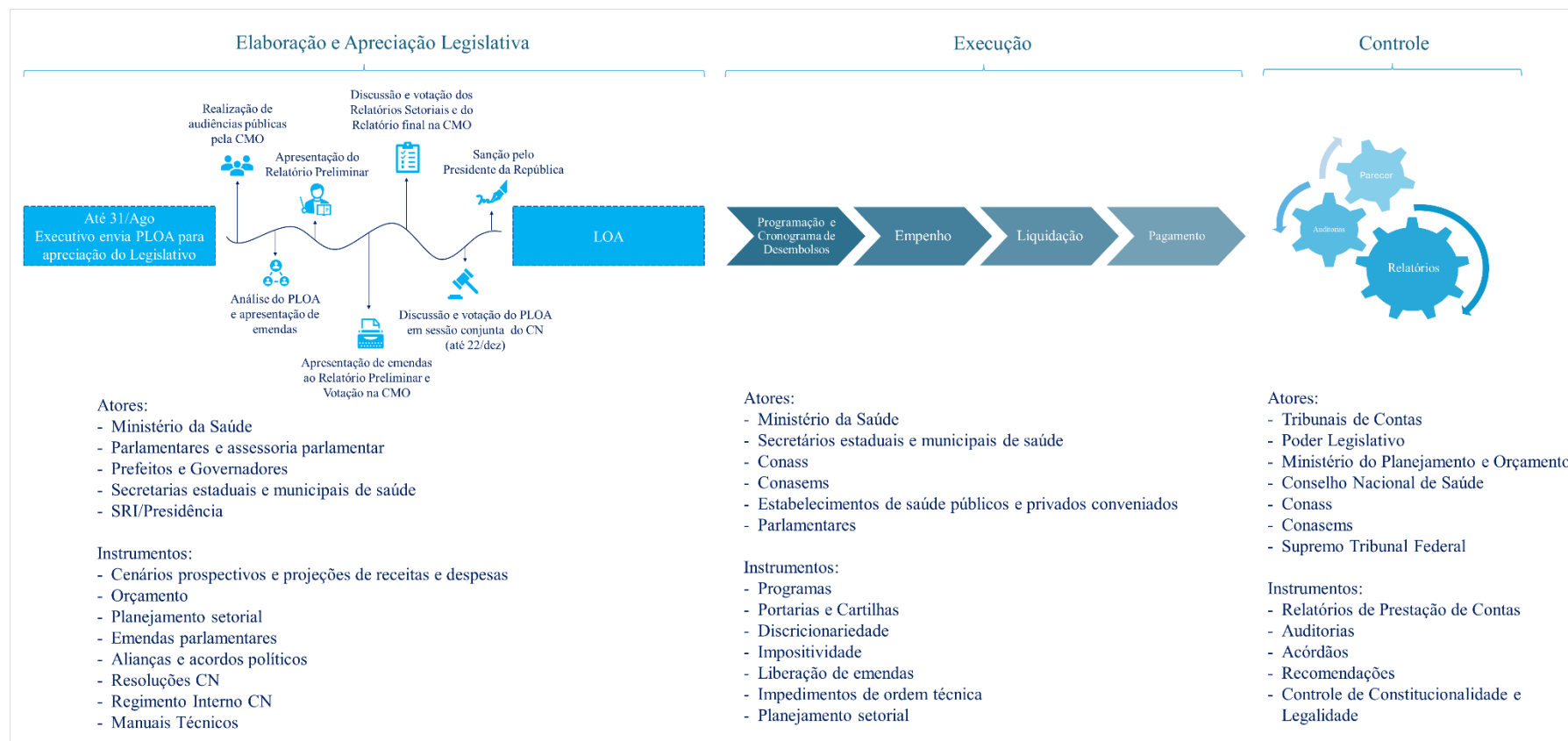
Entrevistado(a)	Código
Gestor(a) 1	G.1
Gestor(a) 2	G.2
Gestor(a) 3	G.3
Assessor(a) 1	A.1
Técnico(a) 1	T.1
Técnico(a) 2	T.2

Fonte: Elaborado pela autora

O processo orçamentário do MS compreende a elaboração do PLOA, em acordo com o PPA e a LDO vigentes, a apreciação da proposta pelo Legislativo, a execução orçamentária e o monitoramento pelos Órgãos de Controle, como ilustrado pela Figura 3.

Conforme teorizado por Capano, Howlett e Ramesh (2015), durante as etapas de elaboração, apreciação e execução, os diferentes atores mobilizam diferentes instrumentos buscando aumentar seu poder no arranjo e, conseqüentemente, aumentar sua capacidade, o que nesse caso significa a manutenção dos acordos e consensos sobre a alocação de recursos orçamentários da política de saúde. A princípio, os atores que atuam na etapa do controle orçamentário não têm, diretamente, poder de decisão alocativa, contudo, sua atuação é capaz de interferir nas relações de poder e levar o arranjo a um novo equilíbrio de forças, impactando indiretamente na alocação dos recursos federais.

Figura 3 – Etapas do processo orçamentário do Ministério da Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Na fase de elaboração do PLOA, o setorial de planejamento e orçamento do Ministério da Saúde calcula os montantes necessários para a manutenção das ações e serviços prestados à população e também os novos recursos demandados para expansão de programas e políticas prioritárias. Para isso, pode se utilizar do orçamento e do planejamento vigentes, dos cenários prospectivos que projetam a arrecadação de receitas e as necessidades das despesas, além de decisões políticas do Órgão (Entrevistado(a) G.1).

Uma vez finalizado e encaminhado ao CN, o PLOA é analisado pelos parlamentares, que fazem as modificações que julgarem pertinentes. Antes da aprovação da impositividade, eram duas as formas mais comuns de emendar o orçamento. Primeiramente, eram feitas modificações nas estimativas de receitas e despesas projetadas pelo Executivo, a partir da apresentação de parâmetros diferentes para indicadores como PIB, inflação, taxa de juros (Ribeiro, 2022; Tollini; Mendes, 2024). Com isso, os parlamentares “ganhavam” mais recursos para serem distribuídos no orçamento federal, possibilitando um ganho alocativo. Com uma receita maior, podiam direcionar mais recursos para ações orçamentárias do seu interesse, mesmo que não pertencentes a programas prioritários. Se ao longo do exercício financeiro a receita não se comportasse da forma como foi emendada pelo CN, cabia ao Executivo fazer os cortes e contingenciamentos necessários, o que englobava as emendas parlamentares.

Além desse recurso extra, os parlamentares também utilizavam as emendas para manejar recursos orçamentários entre ações e programas de forma a contemplar mais recursos nos programas de seu interesse: eram retirados recursos de algumas ações, a partir do cancelamento das programações do Executivo, e transferidos para outras. Como resultado desses emendamentos, o orçamento aprovado para ser executado pelo MS era diferente daquele que havia sido planejado inicialmente pelo Órgão, pois contemplava a distribuição de recursos realizada após a aprovação das emendas no CN. Apenas se houvesse créditos suplementares ao longo do ano o MS conseguiria recompor dotações reduzidas pelas emendas parlamentares (Entrevistado(a) G.1).

Essas emendas que modificavam as alocações planejadas pelo MS prejudicavam a gestão federal do SUS, que além de ver alterado o seu planejamento orçamentário, também ficava obrigado a executar grande parte das emendas, visto que se tratava de gastos com ASPS. No caso de não execução de emendas que modificam gastos em ASPS, o MS corre o risco de descumprir o limite mínimo de gastos com saúde da União (Entrevistado(a) G.1).

A partir das modificações das regras orçamentárias, especialmente a definição de um percentual mínimo da RCL a ser destinado por meio das emendas individuais ao financiamento de ASPS da União, a situação mudou. Se antes o MS via o seu orçamento ser modificado no CN, agora ele tinha perdido o controle de um montante fixo do seu orçamento anual.

Assim, a aprovação da impositividade em 2015 impactou diretamente no processo de construção do orçamento federal da saúde. Como parte dos gastos com ASPS seriam definidos pelo CN via emendas impositivas, então o MS precisava descontar esse montante da sua programação orçamentária já no PLOA. Por exemplo, se o mínimo constitucional a ser aplicado em ASPS pelo MS em determinado ano fosse R\$200,0 bilhões e o percentual da RCL destinado a emendas parlamentares para ser alocado em ASPS correspondia a R\$20,0 bilhões, então, o MS poderia fazer seu planejamento orçamentário para ASPS considerando os R\$180,0 bilhões da diferença.

Se por um lado as modificações e redistribuições de recursos entre ações orçamentárias via emendas eram um transtorno, por outro lado, havia o instrumento da discricionariedade e a possibilidade de realização de contingenciamentos das emendas. Com a aprovação da impositividade, perdeu-se o controle sobre a alocação de uma parte crescente do orçamento que precisa necessariamente ser executado e que só pode ser contingenciado na mesma proporção dos demais gastos ordinários (Entrevistados(as) G.1 e A.1).

Importante lembrar que até 2012 as emendas representavam um recurso extra para o orçamento federal do SUS, uma vez que a execução das emendas parlamentares não eram contabilizadas como gastos com saúde da União. A partir da aprovação da LC141/2012, com a definição do conceito de ASPS e a imposição de gastos mínimos anuais para as três esferas, o cenário se inverteu. Na medida em que modificavam a programação de gastos com ASPS do MS, as emendas passaram a retirar recursos do orçamento da saúde. A partir da aprovação da impositividade em 2014 e da entrada em vigor da EC86/2015 em 2016, o cenário foi se agravando. Gradualmente, o MS foi perdendo controle sobre uma parcela cada vez maior da sua programação orçamentária e, em última instância, sobre o planejamento da política pública de saúde, na medida em que os parlamentares se apropriavam dos recursos planejados pelo MS.

Nesse sentido, seria de se esperar uma alteração também nos processos de planejamento da política pública. A partir do momento em que parte da alocação de recursos passou a ser controlada por um ator externo, seria interessante que o planejamento setorial considerasse essa nova configuração institucional no seu processo de construção, tendo em vista que as emendas

parlamentares devem estar alinhadas com o PPA, conforme consta no § 3º do art.166 da CF88. Apesar disso, as entrevistas confirmam uma inércia do processo de planejamento ante a nova organização do arranjo.

Conforme mencionado no Capítulo 4, o planejamento governamental perdeu seu caráter estratégico e, conseqüentemente, o protagonismo na definição de prioridades das políticas públicas. Com um PPA que ora abrange quase que a totalidade das ações e programas da administração pública e ora se esvazia, a avaliação da compatibilidade fica comprometida e o planejamento deixa de ser um instrumento capaz de regular a indicação das emendas. Seu enfraquecimento fica ainda mais nítido quando nenhuma mudança é implementada na forma de construção e monitoramento do planejamento federal da Saúde em resposta às variações da governança orçamentária.

Importante lembrar que, se por um lado, o PPA 2016-2019 continha uma grande quantidade de atributos, o PPA 2020-2023 foi drasticamente reduzido. Com o início de um novo governo em 2019, a metodologia do PPA foi modificada de modo que cada programa passou a contar com apenas um indicador de resultado e uma meta (Brasil, 2019c). Essa simplificação metodológica impossibilita qualquer tipo de compatibilização entre emendas e PPA. Ainda assim, foi nesse período que se observou a maior participação de emendas parlamentares no orçamento federal, reforçando o papel secundário do planejamento como instrumento de regulação da alocação de recursos federais.

Voltando para a etapa de avaliação do PLOA pelo CN, as modificações realizadas pelos parlamentares incluem também emendas ao texto da lei, podendo ser alteradas ou incluídas regras de execução orçamentária. Como demonstrado no Capítulo 4, o CN utilizou-se amplamente desse instrumento para modificar a governança orçamentária federal em seu favor nos últimos anos.

Ainda que possa parecer que o MS se manteve inerte às mudanças no processo orçamentário, na realidade, a cada emenda nas regras orçamentárias realizada pelo CN, os gestores federais trabalhavam para reduzir seus impactos sobre o planejamento orçamentário da pasta e sobre os resultados da política pública (Entrevistados(as) G.1 e G.3). Assim, em 2014, como resposta a alteração na LDO que obrigou a execução de todas as emendas individuais, o MS negociou a modificação no perfil das emendas destinadas à saúde. Se até então a maioria das emendas aprovadas se enquadravam na categoria de investimento, o MS abriu a possibilidade de serem apresentadas emendas para o custeio da atenção à saúde, na forma de incrementos ao PAB e ao teto MAC (Entrevistado(a) G.1).

Já antecipando um volume grande de recursos decorrentes dessa modificação na LDO pelo Legislativo, o MS percebeu que seria inviável executar as emendas se elas fossem em sua maioria destinadas a despesas de capital. A aprovação, logo em seguida, da EC95/2016 dificultaria ainda mais a execução de qualquer investimento, pois não haveria recursos suficientes para sua posterior manutenção.

Outra ação tomada pelo MS em resposta às modificações do CN em 2014 foi a elaboração de dois documentos: as portarias anuais relativas às transferências intergovernamentais por emendas parlamentares individuais e as Cartilhas de Emendas Parlamentares²³ (Entrevistados(as) G.1, G.3 e T.1).

Para propor suas emendas, os parlamentares articulam com prefeitos e governadores, e também com o próprio MS, com o objetivo de identificar quais políticas e programas mais necessitam de recursos e quais são as necessidades de saúde da população. No intuito de induzir a aplicação de recursos de emendas para os programas prioritários do Órgão, o MS passou a elaborar e apresentar as cartilhas anualmente no CN durante a fase de avaliação do PLOA. Desde então, de acordo com o aumento no volume de recursos sendo direcionados ao SUS, a cartilha foi crescendo de tamanho e novos programas foram sendo incluídos no rol de possibilidades de financiamento (Entrevistados(as) T.1, G.1 e G.3).

Nesse sentido, é importante destacar que mais do que a cartilha em si, são os programas selecionados e apresentados aos parlamentares os principais instrumentos indutores das despesas de emendas. No momento em que as Secretarias finalísticas estão elaborando a cartilha e que o MS a está apresentando no CN, o instrumento que efetivamente induzirá os gastos parlamentares são os programas prioritários do SUS. As cartilhas acabam servindo mais como instrumento normativo do que direcionador (Entrevistados(as) G.1, G.3 e A.1).

Mais recentemente, o MS tem tentado direcionar recursos de emendas para o recém-criado programa “Agora tem Especialistas”. Por ter sido implementado já durante a etapa de execução orçamentária, o instrumento utilizado pelo MS para tentar direcionar recursos de emendas para

²³ Mesmo antes de 2014, o MS disponibilizava Cartilhas para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde, que serviam como base tanto para propostas dos entes subnacionais como para emendas parlamentares. Com o passar dos anos, percebeu-se a necessidade de elaborar uma cartilha específica para as emendas, em vista das particularidades do processo de transferência desses recursos. Assim, a partir de 2018, o MS passou a publicar anualmente as Cartilhas de Emendas Parlamentares ao PLOA (Entrevistado G.3).

esse programa em 2025 foi um projeto de lei²⁴. Em 2026, o programa foi devidamente incluído na LOA e também na cartilha de emendas, seguindo o padrão de utilização desse instrumento (Entrevistados(as) G.1 e G.2).

Por outro lado, as portarias anuais apresentam as regras a serem seguidas para a execução das emendas individuais. Ainda que a sistematização das regras para execução das emendas parlamentares em portarias específicas tenha sido iniciada em 2014, o MS já seguia regramentos específicos para a liberação de emendas mesmo antes da aprovação da impositividade. Preocupado com a compatibilização entre as transferências de recursos e a capacidade institucional dos estados e municípios, as portarias de cada programa traziam os critérios que deveriam ser observados para liberação de recursos federais relativos a cada programa. Além disso, por ser o maior destinatário de emendas parlamentares, o MS vinha, há tempos, aprimorando seus processos internos de análise e execução orçamentária (Entrevistados(as) G.1 e G.3).

A portaria pode ser considerada um instrumento normatizador uma vez que estabelece regras que direcionam ou modificam o direcionamento dos recursos das emendas. Ao limitar a quantidade de bens a serem financiados e definir preços de referência para eles, as portarias também regulam o direcionamento dos recursos e promovem melhores escolhas alocativas para o gasto público (Entrevistados(as) G.1 e G.3). Conforme demonstrado no Capítulo 5, alterações nos critérios para envio de recursos de custeio para o incremento MAC implementadas na portaria de 2024 resultaram em um direcionamento maior de emendas para estabelecimentos públicos naquele ano. Em 2025, como desdobramento da ADPF 854, houve mudanças importantes tanto na cartilha como na portaria anual, que serão melhor explicadas mais adiante.

A fase da execução orçamentária se inicia com a publicação da LOA, após sanção pelo Presidente da República. Até 2014, o principal instrumento disponível ao Executivo para limitar o pagamento de emendas parlamentares durante essa etapa era a discricionariedade (Entrevistados(as) G.1 e A.1). Para que os parlamentares pudessem ver suas emendas executadas era preciso muita negociação com os ministérios. Conforme identificado por Greggianin (2014), havia uma percepção por parte dos deputados de que a liberação de emendas na área da saúde era mais difícil em comparação com as demais políticas públicas. Além disso, a maior parte dos parlamentares (60%) consideravam que a articulação política era mais efetiva para garantir a

²⁴ Projeto de Lei do Congresso Nacional nº 13, de agosto de 2025, que Altera a Lei nº 15.121, de 10 de abril de 2025 (LOA 2025). O objetivo do PLN era modificar a Lei Orçamentária de modo a ficar autorizada a destinação de emendas parlamentares ao Programa Agora Tem Especialistas.

execução orçamentária das emendas da saúde do que a capacidade de resolver entraves técnico-burocráticos. Contudo, as articulações políticas não eram facilitadas pela Pasta, o que gerava desgastes com os deputados e a necessidade de se manter negociações permanentes com o MS.

Desde a aprovação da impositividade essa questão foi superada, em um primeiro momento para as emendas individuais e posteriormente também para as emendas de bancada estadual, e a discricionariedade deixou de ser um instrumento viável. Apesar de não ter o poder de escolher qual emenda será ou não executada, o MS ainda tem o poder de definir o momento da execução. Assim, as emendas parlamentares seguem sendo utilizadas como instrumento de barganha entre Legislativo e Executivo, ainda que em menor grau (Entrevistado(a) G.2).

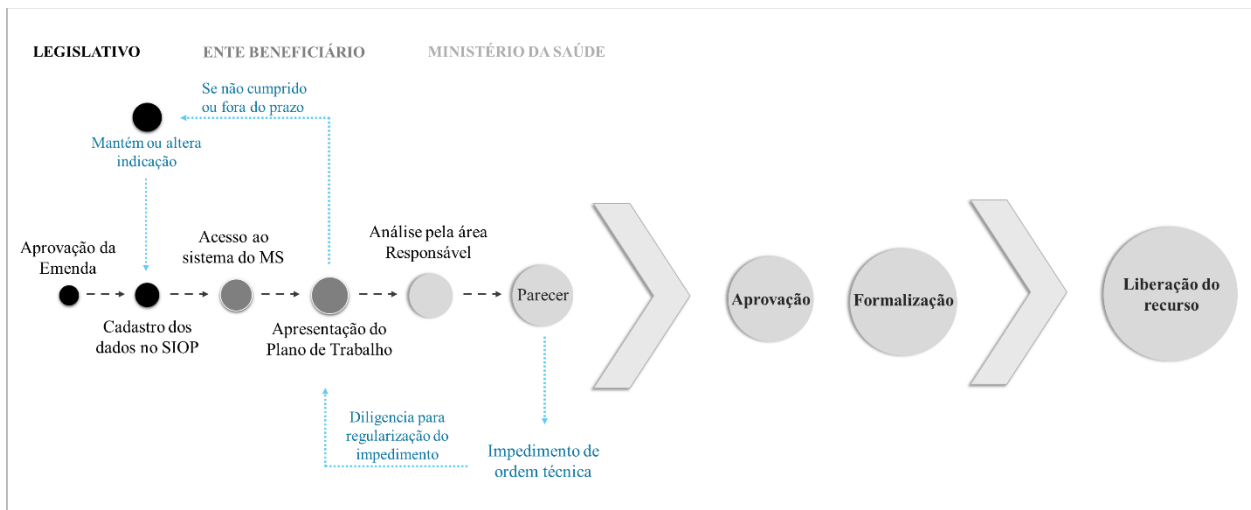
No que diz respeito aos processos de trabalho, a aprovação da impositividade e o aumento das emendas ao orçamento federal do SUS levou a uma mudança institucional relevante no processamento das transferências de recursos da União. Se antes as emendas eram prioritariamente formalizadas via convênios entre o MS e a instituição beneficiária, a partir de 2014 elas passaram a ser efetivadas via fundos de saúde. Essa mudança significou uma quebra de paradigmas e exigiu uma maior qualificação das propostas elaboradas pelos parlamentares (Entrevistado(a) G.3).

É importante ressaltar que a execução de emendas sempre esteve condicionada ao atendimento de regras e critérios legais e infralegais. A partir de 2014, como consequência das mudanças na governança orçamentária, inicia-se um aprimoramento gradual desse processo no MS (Entrevistados(as) G.1, G.3 e T.1). A verificação do atendimento das normas e regras vigentes é feita durante a avaliação das propostas e dos planos de trabalho, que configura a primeira etapa da tramitação das emendas no Órgão executor.

De modo geral, o fluxo de aprovação das emendas individuais ao custeio – maior parte das emendas direcionadas ao financiamento da política de saúde – segue o fluxo apresentado na Figura 4. Conforme se observa, cada área do Ministério da Saúde responsável por programas ou ações orçamentárias que tenham recebido indicações de emendas parlamentares individuais ao custeio deve fazer uma análise prévia dos planos de trabalho enviados pelos beneficiários a fim de atestar sua conformidade com as regras vigentes. No caso das emendas ao custeio, a análise realizada pelas áreas técnicas do MS até 2024 consistia em verificar o atendimento aos limites máximos anuais definidos para o incremento ao PAB e MAC. A análise dos limites fica facilitada, pois o MS desenvolveu um sistema informatizado específico para análise de emendas parlamentares que alerta quando o limite é atingido e trava a liberação de recursos além do limite.

A existência desse sistema é um diferencial do Órgão, pois agiliza a tramitação e a análise das emendas (Entrevistados(as) G.1 e T.1).

Figura 4 – Tramitação das emendas parlamentares individuais destinadas ao custeio da APS e AES



Fonte: elaborado pela autora a partir da contribuição dos(as) entrevistados(as) G.1, G.2 e T.1.

Com o passar do tempo, os critérios para liberação da execução das emendas individuais de custeio foram sendo alterados e aprimorados. Em 2014, a Portaria nº 375, de 10 de março de 2014, tratava apenas dos limites para as transferências de recursos de emendas parlamentares para os incrementos. Em 2022, já haviam sido majorados os limites das transferências para o teto MAC e novos programas passaram a integrar o rol de possibilidades de transferência dos recursos. Mas foi a partir de 2025 que se observou a maior mudança nos critérios de análise e aprovação das emendas parlamentares.

O período de 2014 a 2022 foi marcado por sucessivas mudanças institucionais no processo orçamentário, com o Poder Legislativo aumentando gradualmente sua participação nas decisões alocativas. Em 2021, em vista do avanço do orçamento secreto, representado pelas emendas do relator-geral identificadas pelo indicador RP9, o Poder Judiciário foi chamado a intervir no processo orçamentário e sua atuação resultou em um desequilíbrio no arranjo de implementação.

O julgamento da ADPF 854²⁵ em 2022 atestou a inconstitucionalidade do RP9 e representou um freio para o avanço do Poder Legislativo, que se viu obrigado a mudar suas estratégias, na medida em que foram impostas restrições ao uso do instrumento da emenda parlamentar de modo geral.

²⁵ A ADPF 854 aglutinou em um só processos as ADPF 850, 851 e 854 em vista de se tratarem todas do mesmo objeto.

Diante disso, a presente pesquisa considera que o ano de 2022 marcou o fim de um período de equilíbrio que vinha se mantendo no arranjo de implementação desde 2014. A partir de 2023, uma nova configuração começa a se moldar, com os atores utilizando novas estratégias e mobilizando novos instrumentos na busca por mais capacidade no arranjo.

O Poder Judiciário entrou no arranjo em 2021 no papel de agente controlador e regulador, utilizando como instrumentos principais os acórdãos e as decisões deles derivadas. Em vista da negligência do Legislativo em cumprir com as decisões judiciais impostas, o Judiciário passou a atuar mais fortemente no arranjo a partir de 2024.

Enquanto o Executivo buscava novas estratégias para retomar sua posição no arranjo, o Legislativo tentava encontrar uma forma de acatar as decisões do Judiciário sem perder a capacidade conquistada ao longo dos últimos anos.

A resposta do Legislativo foi a publicação da LC210/2024, que dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na LOA. A publicação da referida lei visava cumprir as determinações de transparência e rastreabilidade determinadas no julgamento da ADPF 854 e, assim, encerrar a atuação do Judiciário no processo orçamentário federal.

Apesar de ter recebido inúmeras críticas e ter sido alvo de novas recomendações por parte do STF, a LC210/2024 resultou em mudanças significativas nos procedimentos relativos a apresentação, a análise e a execução de emendas parlamentares a serem implementados a partir de 2025 (Entrevistados(as) A.1, T.1 e G.3).

No que diz respeito a apresentação das emendas, a LC210/2024 determinou que as emendas de bancada fossem destinadas apenas para o financiamento de projetos e ações estruturantes para a Unidade da Federação representada pela bancada, enquanto as emendas de comissão devem financiar ações e projetos de interesse nacional ou regional.

Em vista disso, o MS elaborou e publicou uma nova portaria de regulamentação específica para as emendas coletivas, a Portaria nº 6.928, de 28 de maio de 2025. Nela foram elencadas ações e serviços públicos estruturantes e prioritários para a utilização dos recursos provenientes de emendas de bancada bem como as ações e serviços públicos de interesse nacional ou regional para a utilização dos recursos provenientes de emendas de comissão. A destinação de emendas que não se enquadrarem em nenhuma das linhas prioritárias elencadas na Portaria são objeto de impedimento de ordem técnica e tem sua execução suspensa (Entrevistados(as) A.1 e T.1).

A maior mudança trazida pela LC210/2024, contudo, foi o resgate do instrumento do planejamento, que permanecia, até então, descolado dos processos relativos às emendas parlamentares, mesmo que a CF88 seja clara quanto a necessidade de alinhamento com o PPA. De acordo com o texto da nova lei, a execução das emendas fica condicionada à compatibilidade com a política pública aprovada no âmbito do órgão setorial responsável pela programação, ou seja, toda emenda deve ser compatível como planejamento setorial, caso contrário, deverá ser apontado impedimento de ordem técnica para sua execução (Entrevistado(a) T.1).

A fim de cumprir com a nova regulamentação, o MS atualizou a portaria que trata da execução das emendas individuais e também a cartilha de emendas. Na cartilha do ano de 2025, foi incluído um novo capítulo específico sobre o processo de planejamento do SUS. Além disso, para cada programa prioritário elencado, foram acrescentadas informações relativas ao objetivo estratégico e à meta da Programação Anual de Saúde (PAS) com as quais o programa se relaciona no planejamento setorial da União (Brasil, 2024b).

Nas portarias que apresentam as regras de execução das emendas individuais, e agora também as coletivas, incluiu-se uma listagem com os requisitos mínimos que devem constar dos planos de trabalho, dentre os quais se ressalta a necessidade de haver coerência entre a proposta apresentada pelo parlamentar, pela comissão ou pela bancada estadual, com os objetivos e as metas dos Planos de Saúde e das PAS, tanto da União como do ente beneficiário da emenda.

Os objetivos e metas da PAS da União são facilmente identificados na cartilha e podem ser acessados pelo portal da saúde, enquanto os objetivos e metas da PAS dos estados, municípios e Distrito Federal podem ser acessados pelo portal do Digisus²⁶ ou de cada secretaria de saúde.

Em vista da relevância que esse instrumento ganhou com a aprovação da LC210/2024, sua divulgação por parte das gestões municipais e estaduais deveria ser incentivada, de modo a dar transparência e publicidade às prioridades da política de saúde dos estados e municípios, tanto para os parlamentares como para a própria população. Se o parlamentar tem fácil acesso ao plano estadual e municipal de saúde, ele tem mais facilidade para direcionar suas emendas. Ao mesmo tempo, levar ao conhecimento da população as propostas da gestão para as ações de saúde possibilita um maior controle social sobre a implementação da política e, posteriormente, sobre os gastos públicos (Entrevistado(a) G.3).

²⁶ Disponível em <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>

Conforme demonstrado no Capítulo 5, tanto o planejamento quanto a prestação de contas, representados pela PAS e pelo RAG, não estão universalizados, havendo ainda poucos municípios com sua elaboração pendente a cada ano e alguns outros sem a avaliação pelo Conselho de Saúde. A manutenção dessa situação compromete a utilização desses instrumentos como reguladores da alocação parlamentar.

Outra exigência decorrente da LC210/2024 é a conformidade das emendas com as pactuações intergestores, tanto no âmbito bipartite, que envolve municípios e estados, como tripartite, que envolve os três entes. Em vista da estrutura de governança estabelecida no SUS, de gestão compartilhada e organização regional, a não conformidade com as pactuações configura impedimento de ordem técnica à execução das emendas (Brasil, 2024b).

Nesse sentido, um levantamento acerca da aplicação de impedimentos de ordem técnica relativos à compatibilização das emendas com o planejamento setorial seria importante para identificar em que medida esse instrumento conseguirá fortalecer o planejamento em saúde.

Há ainda outro dispositivo que merece destaque, pois contempla uma preocupação crescente, não só do Executivo como também do Judiciário e demais Órgãos que realizam o acompanhamento orçamentário: a imposição de um limite ao crescimento das emendas. Em manifestação acerca das emendas parlamentares no âmbito do julgamento da ADPF 854, a Corte Constitucional manifestou seu ponto de vista em relação ao problema,

(iii) os processos estruturais visam a cumprir a Constituição (especialmente art. 165 e seguintes da CF), afastando o conceito equivocado de que as emendas parlamentares constituem uma peça orçamentária extravagante, desconectada do PPA, da LDO e do OGU, bem como de suas regras constitucionais de regência. **Do mesmo modo, tais emendas parlamentares não podem ter evolução quantitativa que anule a cláusula pétrea atinente à separação dos Poderes e à distribuição de funções típicas do Executivo e do Legislativo** (art. 2º c/c art. 60, § 4º, III, da CF).

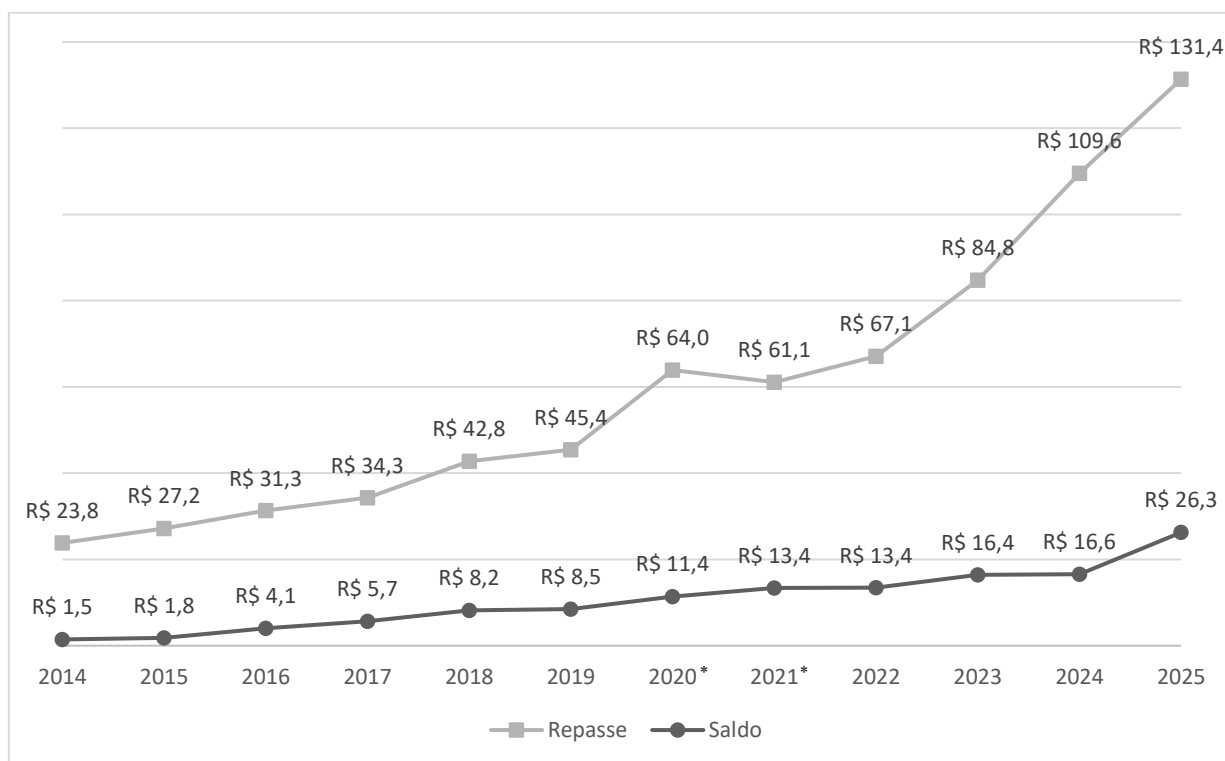
No caso da política de saúde, que historicamente é a maior destinatária de emendas parlamentares, e para a qual é obrigatória a destinação de metade de todas as emendas de comissão e individuais impositivas, o MS tem perdido uma parcela grande da sua função executiva no que diz respeito aos gastos com ASPS.

Um indicativo dessa perda de controle sobre a alocação orçamentária é o crescimento de saldos de recursos não executados nas contas correntes dos Fundos de Saúde dos estados e dos municípios. Esses saldos são resultado da diferença entre os montantes repassados fundo a fundo pela União e os montantes efetivamente dispendidos pelos estados e municípios a cada ano. Os motivos para a existência de saldos são variados, indo desde questões políticas – como mudanças

de gestão decorrentes de processos eleitorais – e rotatividade dos gestores de saúde, até a incapacidade de execução (Entrevistados(as) G.1, G.3 e A.1).

O Gráfico 5 apresenta a evolução dos saldos represados nas contas dos Fundos Municipais de Saúde no período de 2014 a 2025. É possível observar que o montante retido nos municípios começa sua trajetória de crescimento a partir de 2016, ano em que entra em vigor a impositividade de execução das emendas individuais aprovada pela EC86/2015. Uma análise do período completo de doze anos mostra um aumento real dos saldos retidos em conta de quase dois mil por cento, ao passo em que os repasses aumentaram 434,9% no mesmo período.

Gráfico 5 – Evolução dos saldos represados em contas dos Fundos Municipais de Saúde – em R\$ Bilhões de 2025



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, disponível em https://investsusPaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html acessado em 28/01/2026.

Elaborado pela autora.

Valores corrigidos pelo IPCA de 2025.

* Valores de repasses impactados pelas transferências relativas ao combate à pandemia de covid-19.

Em 2020, a Lei Complementar 172, de 15 de abril de 2020, autorizou estados e municípios a utilizarem os saldos remanescentes de exercícios anteriores para realização de gastos em ASPS durante o período de vigência do estado de calamidade decorrente da pandemia de covid-19. Em virtude dos montantes elevados parados nas contas dos Fundos de Saúde, a LC foi sendo reeditada

a cada ano para prorrogar o prazo de transposição e transferência dos recursos. A última prorrogação foi efetivada pela LC217/2025. Apesar das constantes prorrogações de prazo, observa-se a manutenção de volumes expressivos de recursos não executados retidos nas contas correntes dos Fundos (Entrevistado(a) T.2).

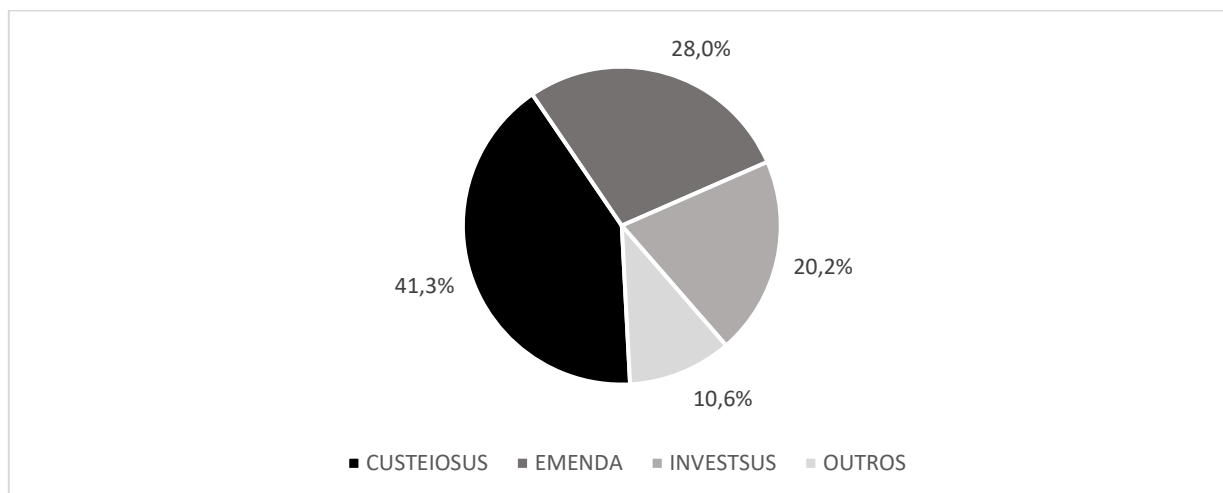
Como mostra o Gráfico 5 acima, em dezembro de 2025, os Fundos Municipais de Saúde acumulavam R\$26,3 bilhões em recursos não executados de exercícios anteriores. Quando se consideram os saldos parados nas contas dos Fundos de Saúde de municípios e de estados em conjunto, o montante chegou a R\$ 38,4 bilhões em dezembro de 2025, contra R\$ 4,8 bilhões em 2014, de acordo com dados do Fundo Nacional de Saúde. Esses recursos representam ações planejadas ao longo dos últimos anos que não foram efetivadas. Podem ser relativos a equipamentos que não foram comprados, melhorias que não foram realizadas, obras que não foram finalizadas ou sequer foram iniciadas. Na prática, representam serviços de saúde que não foram prestados à população.

Apesar dos repasses realizados nesse período não serem diferenciáveis entre recursos da programação própria do MS e de emendas parlamentares, eles representam um parâmetro razoável para se inferir um problema de planejamento de gastos fortemente impactado pelo crescimento das emendas ao orçamento federal do SUS.

A partir de 2025, como consequência dos desdobramentos da ADPF 854, o MS passou a identificar a origem dos saldos, se provenientes de recursos da programação própria do MS ou de emendas parlamentares. Os recursos de emendas passaram a ser identificados com o tipo de conta “emenda” (Entrevistado(a) T.2). Sendo assim, o Gráfico 6 foi elaborado com vistas a identificar a origem dos saldos retidos nas contas correntes dos Fundos Municipais no ano de 2025.

Como a classificação do tipo de conta “emenda” foi inserida em 2025, o montante retido nessa conta diz respeito apenas aos recursos transferidos em 2025, não havendo acúmulo com transferências de emendas dos anos anteriores. Conforme se observa, mesmo representando apenas as emendas transferidas em 2025, seu montante já representa mais de um quarto do saldo total empoçado nos municípios.

Gráfico 6 – Saldos de Fundos Municipais de Saúde por tipo de conta – Brasil, 2025



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, disponível em https://investsusPaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html acessado em 28/01/2026.

Elaborado pela autora.

Essa informação, por si só, não é suficiente para se afirmar que o crescimento dos saldos empoçados é resultado das transferências de emendas, ou que se está chegando a um limite da influência parlamentar sobre as definições alocativas do MS. A possibilidade de distinguir a origem dos saldos possibilitará que seja feita essa avaliação num futuro próximo e, a partir dos resultados obtidos, será possível desenhar estratégias e mobilizar instrumentos a fim de mitigar o problema (Entrevistado G.3).

De toda forma, em um cenário de subfinanciamento, uma retenção de recursos dessa magnitude levanta questionamentos acerca dos critérios de repasse de recursos federais. Em vista disso, o papel de fiscalização e tomada de contas por parte dos controladores torna-se essencial.

Os controladores não participam da elaboração do orçamento, mas da fiscalização da execução orçamentária. Desde 2014, o Poder Legislativo tem atuado nas duas pontas do processo orçamentário, como ficou evidente na descrição dos arranjos de implementação do governo federal e também do MS. Essa atuação tem levando questionamentos acerca do seu duplo papel no arranjo de implementação e da incompatibilidade no exercício dos dois papéis. Tendo como principal atribuição o controle orçamentário, na medida em que passa a atuar como gastador, o CN torna-se responsável pela fiscalização da sua própria atuação (Bittencourt, 2022).

O Tribunal de Contas da União (TCU), órgão auxiliar do CN, é um dos principais representantes do controle externo no âmbito federal, sendo responsável pela fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e

renúncia de receitas. Dentre as competências do TCU destacam-se a realização de auditorias e a fiscalização da aplicação de recursos repassados pela União aos entes subnacionais (Brasil, 1988).

Sendo uma estrutura ligada ao Legislativo, sua atuação na fiscalização do orçamento nos últimos anos tem seguido uma agenda tanto técnica quanto política, tendo aumentado sua atuação na medida em que cresceu a demanda por auditorias e tomadas de contas (Entrevistados(as) G.1 e A.1).

A Controladoria-Geral da União (CGU), por sua vez, é um órgão de controle externo ligado ao Poder Executivo. Com os desdobramentos do julgamento da ADPF 854, o STF contou com o auxílio da CGU para ampliar a transparência dos gastos de emendas durante o ano de 2024. A partir da sua atuação no arranjo naquele ano, o Órgão passou a ser responsável pela realização de auditorias nas alocações das emendas coletivas. Assim, é interessante acompanhar como esse ator poderá interferir nas estratégias dos demais participantes do arranjo nos próximos anos (Entrevistado(a) G.2).

O Poder Judiciário é o responsável pelo controle de constitucionalidade das leis relacionadas ao processo orçamentário federal e, de modo geral, atua apenas quando requisitado. Nos últimos anos, o Judiciário tem atuado mais fortemente do arranjo de implementação orçamentário em virtude do julgamento da ADPF 854, cujos desdobramentos seguem em curso desde 2021.

No âmbito da saúde, os Conselhos de Saúde atuam como órgãos de controle social nas três esferas de governo. No âmbito federal, cabe ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) apreciar os critérios, parâmetros e metodologias das transferências de recursos para custeio das ações e serviços públicos de saúde, bem como acompanhar sua execução. No âmbito estadual e municipal, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) também fazem o monitoramento e a análise da prestação de contas de cada ente federado.

Conass e Conasems são instancias participativas que reúnem os secretários estaduais e municipais de saúde. Além de exercer o papel de controle social, também atuam na formulação e implementação de programas, apoiam as secretarias de saúde com orientações técnicas sobre os mais diversos temas, além de serem um importante *locus* de articulação política, representando e defendendo os interesses dos secretários de saúde nas pactuações interfederativas.

Apesar de não participarem diretamente do processo orçamentário federal, sua atuação local tem reflexo sobre as decisões alocativas do MS, especialmente durante a etapa de execução orçamentária, sendo atores relevantes para a governança da política de saúde (Entrevistado(a) G.2).

Uma vez que tenham sido mapeados os atores e os instrumentos utilizados por eles é possível desenhar os arranjos de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde bem como suas reconfigurações, que estão ilustradas na Figura 5.

Conforme se observa na Figura 5 (a), no início do período analisado, os órgãos do Executivo, representados pelo Ministro da Saúde, sua burocracia estatal e pela Presidência da República, eram os maiores detentores de poder sobre o processo orçamentário, possibilitado pelos instrumentos da discricionariedade e da articulação política. A alocação dos recursos de despesas não obrigatórias era controlada pelo MS a partir de escolhas técnicas e políticas. Sua posição no arranjo orçamentário garantia a capacidade de implementação da política de saúde conforme previamente planejada (Entrevistados(as) G.1 e A.1).

Nesse equilíbrio, a participação das emendas parlamentares sobre o orçamento federal do SUS era residual, não representando fator limitador de poder alocativo do MS. Ainda que existissem desigualdades na distribuição de recursos orçamentários entre os estados, municípios e regiões, a política de saúde era majoritariamente controlada pelo Executivo, único responsável pelos seus resultados.

Esse modo de governança observável começa a se modificar em 2014, quando a perda de poder político do Executivo abre espaço para um avanço do Legislativo no orçamento federal. Assim, conforme ilustrado pela Figura 5(b), entre 2014 e 2022, é estabelecido um novo equilíbrio no arranjo de implementação. Nesse período, o Poder Legislativo, amparado pelos instrumentos das emendas parlamentares e da impositividade, passa a controlar uma parte significativa do orçamento discricionário do MS.

As emendas parlamentares são mobilizadas de forma estratégica para ganhar cada vez mais capacidade alocativa no orçamento mediante modificações em regras infralegais, tal como LDO e LOA, e também nas regras constitucionais, via Emendas à Constituição. Por sua vez, a impositividade assegurava a efetivação das escolhas alocativas do CN. A utilização conjunta desses instrumentos garantia a execução das emendas parlamentares pelo MS, inclusive as emendas de relator-geral classificadas sob o indicador RP9 (Entrevistado(a) A.1).

Mesmo que não tenha sido aprovada emenda ao texto da lei que tornassem a execução do RP9 obrigatória, as regras da EC102/2019 asseguravam a impositividade de todas as despesas discricionárias, o que se estendia ao RP9. Ademais, na medida em que as emendas parlamentares modificavam programações relativas a ASPS, que são despesas obrigatórias, a sua não execução acarretaria em descumprimento da aplicação mínima em saúde pela União (Entrevistados(as) G.1 e A.1).

A atuação da Presidência da República foi gradualmente reduzida durante esse período, cabendo à burocracia estatal buscar novos instrumentos para manter a capacidade de implementação da política pública, muitas vezes às margens da gestão. Os programas prioritários são apresentados aos parlamentares como instrumento de indução dos recursos para as ações que melhor contribuam com os resultados esperados para a política. Ao mesmo tempo, portarias são publicadas buscando normatizar a atuação parlamentar.

A discricionariedade da execução das emendas deu lugar à discricionariedade de escolha do melhor momento para a execução, ao passo que os impedimentos de ordem técnica garantem que sejam seguidos critérios técnicos mínimos na alocação das emendas.

Controlando metade do orçamento de despesas discricionárias da saúde, o CN passou a ser responsável por parte dos resultados da execução da política pública, sem, contudo, ser responsabilizado por eles, nem legalmente e nem politicamente.

O ano de 2022 representa o auge do poder do Legislativo no processo orçamentário ao mesmo tempo em que marca o último ano do equilíbrio do arranjo de implementação que se consolidava desde 2014. O julgamento da ADPF 854 e o início de um novo governo em 2023 dão um novo contorno para as disputas dentro do arranjo.

Desde 2023 até a conclusão dessa pesquisa, o arranjo de implementação encontra-se no seu último modo de equilíbrio observável até aqui, com um novo ator dominando o instrumento norteador das alocações orçamentárias, conforme se observa na Figura 5(c).

Ao longo de todo o ano de 2024, o STF atuou fortemente no arranjo de implementação a partir do instrumento dos Acórdãos e das decisões judiciais. Como resultado da atuação do STF, observa-se uma recuperação do poder do Executivo, ainda que em patamar muito inferior àquele de 2013. Os programas continuam sendo o principal instrumento utilizado pelo MS, que incorporou as linhas prioritárias ao seu ferramental de indução de gastos de emendas, ainda que apenas para se adequar às decisões judiciais.

Apesar de ter perdido o instrumento das emendas parlamentares, que possibilitaram o seu fortalecimento no período anterior, o Legislativo ainda possui a força da impositividade para garantir sua atuação no processo alocativo. O poder do CN no processo orçamentário foi uma conquista que os parlamentares não parecem dispostos a abrir mão. Nem as decisões do STF, nem as restrições impostas pela LC210/2024 ou a pressão social contra as emendas parlamentares foram suficientes para frear o crescimento da participação parlamentar no orçamento federal (Entrevistados(as) G.1, G.2 e A.1). Se em 2023 foram executados R\$ 14,7 bilhões²⁷ em emendas pelo MS, esse valor foi de R\$ 24,8 bilhões em 2024 e R\$ 25,6 bilhões em 2025.

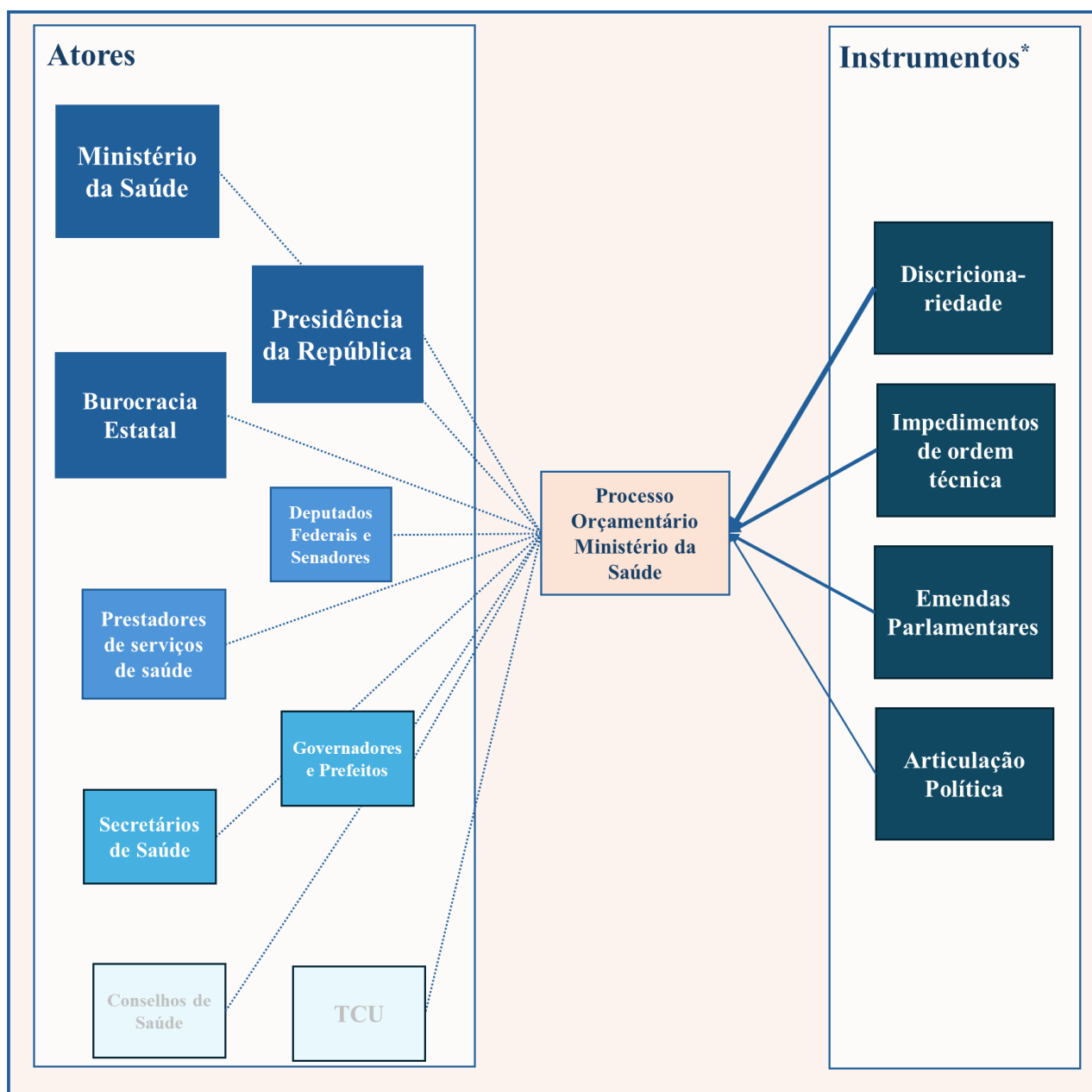
Conforme demonstrado no Capítulo 5, as emendas parlamentares não contribuem para a redução de desigualdades regionais, não possuem a estabilidade necessária para fortalecer serviços de saúde de modo permanente e ainda retiram recursos do orçamento da União. Sendo assim, a maior capacidade do Legislativo no arranjo de implementação não parece trazer resultados melhores para a política pública, pelo contrário, enfraquece as pactuações regionais e não resolve os problemas de acesso da população a serviços de saúde de média e alta complexidade. Além disso, a atuação do Legislativo dá poderes alocativos aos parlamentares sem que estes sejam responsabilizados pelos seus resultados. Ademais, o crescimento e o acúmulo de saldos empoçados nas contas correntes dos Fundos Municipais de Saúde fazem refletir sobre os limites da atuação do Legislativo sobre os gastos com ASPS da União.

Ante ao cenário que se apresenta, é imperativo que o MS avalie cuidadosamente os instrumentos que dispõe para regular as emendas parlamentares destinadas ao financiamento de ações e serviços de saúde.

²⁷ Valor não considera os R\$8,3 bilhões de recursos de emenda de relator executados via Portaria nº544/2023.

Figura 5 – Arranjos de implementação do processo orçamentário do Ministério da Saúde

(a) 2013

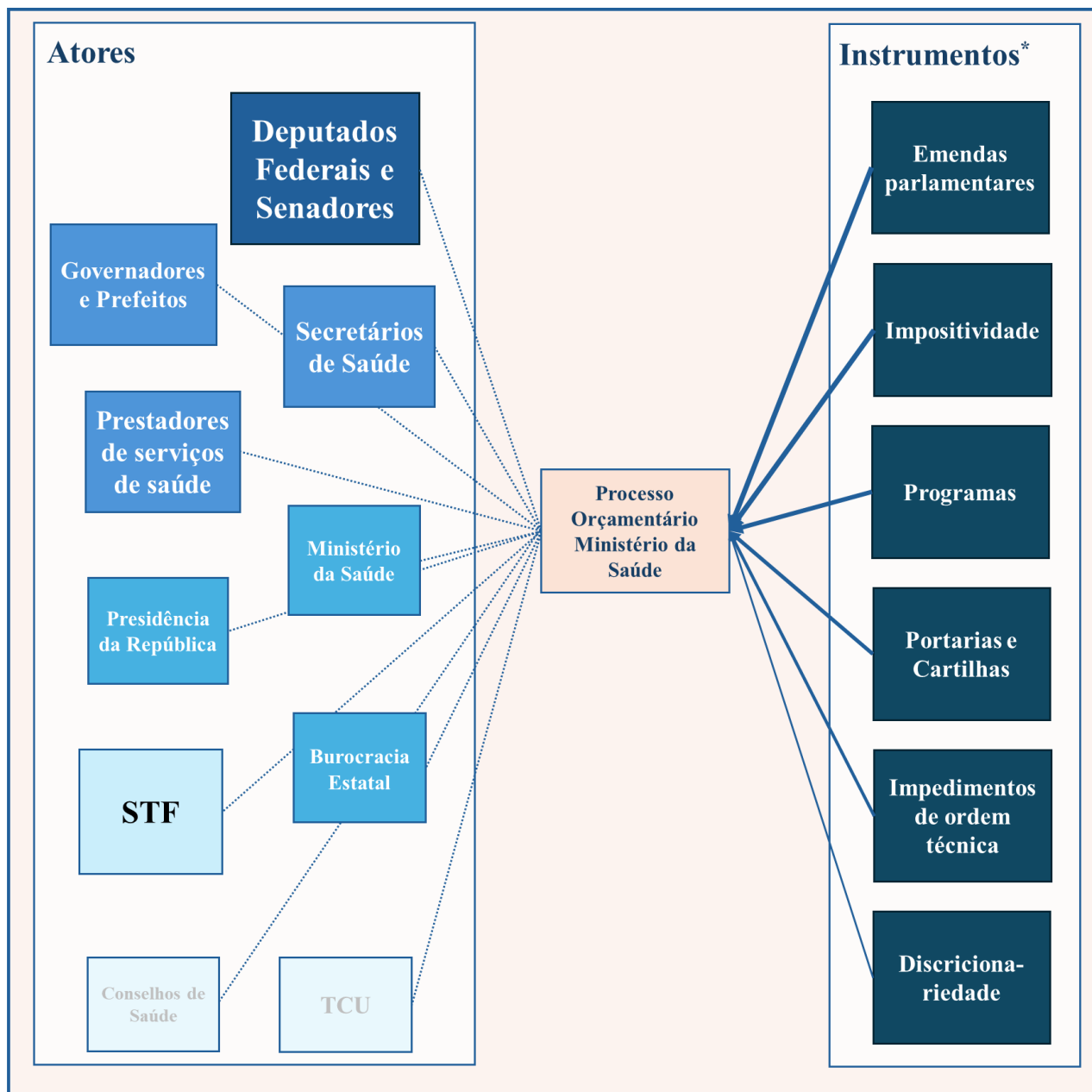


Escala de poder dos atores:

Mais poder  Menos poder

*** Instrumentos ordenados de acordo com sua relevância para o arranjo**

(b) 2014 – 2022

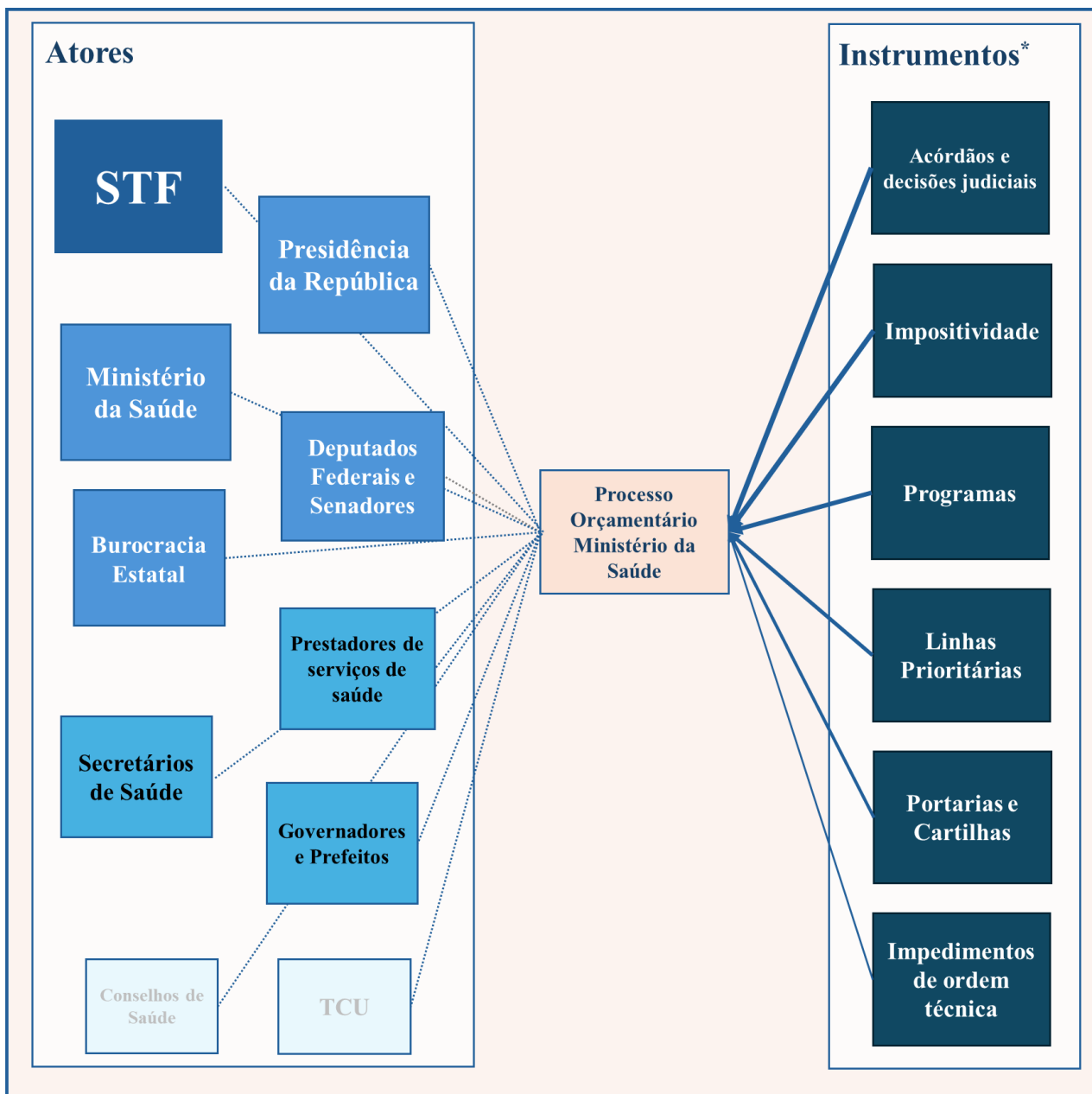


Escala de poder dos atores:

Mais poder  Menos poder

* Instrumentos ordenados de acordo com sua relevância para o arranjo

(c) 2023 – 2025



Escala de poder dos atores:

Mais poder Menos poder

* Instrumentos ordenados de acordo com sua relevância para o arranjo

Fonte: Elaborado pela autora.

7 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELO MS NOS ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Essa pesquisa está ancorada no conceito sociológico de instrumentos e, portanto, parte do pressuposto de que os instrumentos não são variáveis secundárias para o entendimento da governança, ao contrário, atuam como instituições e, tal qual instituições, são capazes de moldar o comportamento dos atores e os resultados esperados por eles de acordo com sua própria lógica (Lascoumes; Le Galès, 2007; Le Galès, 2010).

Conforme demonstrado ao longo do trabalho, a mobilização dos instrumentos pelos diferentes atores participantes do arranjo de implementação do processo orçamentário do MS definiu a distribuição de poder e a capacidade dos atores em cada um dos momentos de equilíbrio observados.

Durante o período analisado, alguns instrumentos foram sendo inseridos no arranjo, ao passo em que outros foram perdendo força. É interessante notar como a evolução no uso dos instrumentos está relacionada aos resultados apresentados pela sua utilização, conforme teorizado por Lascoumes e Le Galès (2007). Assim, na medida em que os resultados alcançados pela mobilização dos instrumentos iam se modificando, as estratégias de utilização dos instrumentos pelos atores também se modificavam.

Com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão da instrumentação do processo orçamentário do MS, esse capítulo apresenta uma avaliação dos instrumentos utilizados pelo gestor federal do SUS na última década, buscando identificar suas potencialidades e limitações no que diz respeito à regulação das emendas parlamentares. Serão também apresentados outros instrumentos que podem ser úteis para gerar mais capacidade ao MS no arranjo de implementação e, assim, possibilitar um aprimoramento das escolhas alocativas parlamentares, visando reduzir desigualdades na distribuição dos recursos federais. Por fim, será apresentado um panorama geral acerca da utilização dos instrumentos e algumas considerações para o futuro.

Tal como ocorreu no Capítulo 6, as avaliações apresentadas aqui contaram com a colaboração de gestores e trabalhadores do MS, que aceitaram participar da pesquisa como entrevistados, e sua contribuição será identificada ao longo desse capítulo de acordo com os códigos apresentados na Tabela 6.

7.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS ENTRE 2013 E 2025

Discricionariedade

A CF88 definiu novas regras para o processo legislativo orçamentário, dentre as quais, a possibilidade de o Poder Legislativo modificar a programação orçamentária elaborada pelo Executivo a partir da apresentação de emendas parlamentares. A participação do Legislativo nas decisões alocativas foi uma forma encontrada pelos participantes da Constituinte de equilibrar o poder do Executivo federal, sendo um reflexo da conjuntura político-institucional que antecedeu sua elaboração (Figueiredo; Limongi, 1995).

A possibilidade de propor emendas ao orçamento, entretanto, não garantia a sua execução, visto que essa era uma decisão discricionária do Executivo. Isto é, os parlamentares tinham a prerrogativa de propor alterações na programação orçamentária, mas não tinham nenhuma garantia de que os gastos decorrentes dessas alterações seriam efetivados pelos Ministérios. Essa dinâmica fazia com que as emendas parlamentares fossem usadas pelo Executivo como instrumento de gestão da sua base de apoio no CN, com a liberação do pagamento das emendas em troca de apoio político para as propostas legislativas de interesse do governo (Figueiredo; Limongi, 2008).

A discricionariedade permitia ao Ministério avaliar previamente as emendas e, com isso, os gestores podiam decidir se as executariam ou não. Importante destacar que essas avaliações nem sempre eram feitas com base em critérios técnicos, sendo, por vezes, resultado de acordos e negociações políticas (Entrevistados(as) G.1, G.2 e A.1).

Em que pese a discricionariedade estar mais diretamente relacionada a uma característica dos gastos públicos, na medida em que ela distribui poder entre Executivo e Legislativo e atua como uma instituição, definindo uma regra amplamente aceita para a execução orçamentária, optou-se por classificá-la como instrumento de política pública à luz da definição sociológica – assim como a impositividade. Em vista disso, a discricionariedade é considerada aqui como um importante instrumento utilizado pelo MS para regular as emendas parlamentares.

Com a aprovação da LDO de 2014, que obrigou os Ministérios a executarem todas as emendas parlamentares individuais, a discricionariedade perdeu força como instrumento de regulação. Apesar disso, os Ministérios mantiveram a prerrogativa de definição do momento de execução das emendas, mantendo seu papel político de gestão da base de apoio governamental, ainda que em menor grau (Entrevistado(a) G.2).

No caso no Ministério da Saúde, o instrumento da discricionariedade já era limitado pelo fato dos parlamentares proporem emendas às despesas classificadas como ASPS, que são de execução obrigatória. Ademais, desde a aprovação da EC29/2000, ficou determinado um gasto mínimo com ASPS a ser realizado pela União, estados e municípios. Como as emendas parlamentares modificavam programações de gastos com ASPS, a não execução por parte do MS poderia acarretar em descumprimento da regra constitucional (Entrevistado(a) G.1).

Essa limitação no uso da discricionariedade para as despesas com ASPS, em conjunto com a impositividade de execução orçamentária imposta pela EC102/2019, é um dos fatores que explica porque o MS executou montantes tão elevados de emendas de Relator-Geral entre os anos de 2020 e 2022 (Entrevistado(a) A.1).

Assim, se por um lado a discricionariedade permitia a seleção de emendas que mais colaborassem para os resultados da política pública, por outro lado, a necessidade de se cumprir com a determinação de gastos mínimos limitava o uso desse instrumento pelo MS, que acabava tendo um uso mais político do que de regulação.

Programas

Analisando o arranjo de implementação do processo orçamentário do MS foi possível verificar que os programas do SUS representam o principal instrumento regulador das emendas parlamentares, sendo utilizado pelo MS na tentativa de compatibilizar os interesses ministeriais e parlamentares nas decisões alocativas.

Anualmente, durante a fase de avaliação do PLOA pelo Legislativo, gestores federais do SUS se reúnem com parlamentares no CN para lhes apresentar os programas prioritários da pasta, explicar seu funcionamento, suas regras e sua importância para o SUS (Entrevistado(a) G.1).

Apresentar os programas prioritários é uma maneira do Órgão se aproximar dos parlamentares e, a partir disso, induzir as alocações de emendas para os programas que melhor se beneficiariam desses recursos ou, ainda, para programas que precisam de mais financiamento.

Com o aumento do volume de recursos direcionados via emendas para o orçamento federal do SUS, o MS foi incluindo novos programas no rol de possibilidades de financiamento. Se inicialmente o custeio de ações da atenção primária e da média e alta complexidade eram o foco das emendas, com o passar do tempo, foi-se observando a necessidade de expandir as possibilidades de direcionamento desses recursos (Entrevistados(as) G.1 e T.1).

A cada ano, o MS busca dar destaque para os programas prioritários da gestão, tais como a Estratégia Saúde da Família – principal programa da Atenção Primária à Saúde –, a saúde digital, a telessaúde e a média e alta complexidade (Entrevistados(as) G2 e T.1)

Em 2025 o MS lançou um programa de redução de filas para o atendimento de média complexidade cujo maior objetivo era melhorar a efetividade dos gastos de emendas. Pelo desenho do programa, os parlamentares direcionam suas emendas para uma agência vinculada ao MS em lugar de transferi-las diretamente para os entes subnacionais. Após a pactuação intergestores e a adesão ao programa pelos estados e municípios, o gestor federal do SUS, por meio da agência vinculada, realiza a prestação dos serviços diretamente naqueles municípios determinados pelos parlamentares. Com isso, a prestação dos serviços de saúde para a população é garantida pela União e evita-se o acúmulo de recursos parados nos Fundos de Saúde (Entrevistado(a) G.1).

A decisão sobre alocar ou não emendas em quaisquer dos programas prioritários do governo é tomada por cada parlamentar individualmente e, dentre outras coisas, são permeadas por questões políticas. No caso desse programa especificamente, observa-se uma limitação do seu alcance em virtude de divergências políticas entre os chefes do Poder Executivo local que não fazem parte da base de apoio do governo federal. Essa, contudo, é uma limitação inerente ao processo e pode perpassar todos os programas do SUS em maior ou menor grau (Entrevistado(a) G.1).

Efetivamente, observa-se que a grande maioria das emendas ainda é transferida para o incremento ao custeio de APS e AES, apesar disso, os programas podem ser considerados o principal instrumento de direcionamento de recursos parlamentares do MS.

Impedimentos de Ordem Técnica

De acordo com a definição do glossário do Congresso Nacional, um impedimento de ordem técnica é uma objeção à execução orçamentária de emendas obrigatórias, cujas pendências, técnicas ou documentais, possam ser superadas, com ou sem a necessidade de remanejamento de programações orçamentárias (Congresso Nacional, 2020).

As hipóteses em que o MS pode aplicar um impedimento à execução de emendas parlamentares estão contidas na LC210/2024 e também nas portarias de regulação de emendas publicadas anualmente pelo Órgão.

Como a política de saúde é implementada de forma compartilhada pela União, estados, Distrito Federal e municípios, o SUS possui uma estrutura de governança bem estruturada para regular as transferências de recursos fundo a fundo. Desse modo, mesmo antes da impositividade, já existiam critérios de avaliação de propostas de financiamento com o objetivo de impedir alocações indevidas de recursos e garantir a efetividade do gasto público com saúde (Entrevistados(as) G.1 e G.3).

De acordo com a Portaria nº 2.198, de 17 de setembro de 2009, que dispõe sobre a transferência de recursos federais destinados à aquisição de equipamentos e material permanente, as propostas direcionadas ao MS precisam conter informações acerca do tipo, descrição técnica, características técnicas/acessórios e valor estimado do equipamento a ser financiado. Devem ser cadastradas em sistema específico do MS, estar em consonância com o PDI das unidades federativas, integrar o Plano de Saúde do ente beneficiário e ser aprovadas pelas instâncias colegiadas. Além disso, os equipamentos a serem financiados devem guardar estrita consonância com a natureza do estabelecimento de saúde constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e também com os normativos vigentes sobre procedimentos e serviços especializados.

Considerando-se esse normativo, a apresentação de emenda para financiar a compra de um equipamento de média complexidade a ser direcionado para um estabelecimento de atenção primária, por exemplo, não seria executada pelo MS. Esse equipamento, além de estar em desacordo com a natureza do estabelecimento de saúde, também não segue os normativos sobre serviços especializados.

Conforme apresentado no Capítulo 5, as emendas de custeio são aprovadas de acordo com os limites máximos estabelecidos anualmente pelo MS. Esses limites são baseados nas transferências de recursos próprios efetivadas no ano anterior ao da proposição da emenda. Essas transferências, por sua vez, estão amparadas por regras infralegais já existentes. No caso da Atenção Primária, por exemplo, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica, já estipulava as regras para a transferência de recursos federais para a implantação e manutenção das equipes de atenção primária.

Assim, todos os programas do MS apresentam as regras para recebimento de recursos federais em suas portarias de implementação. Quando a impositividade se impôs em 2014, já existiam critérios definidos para aprovação das transferências federais de recursos via fundos de

saúde para estados e municípios, assim como os processos de trabalho para avaliação das propostas estavam bem estruturados nas áreas responsáveis em cada Secretaria finalística (Entrevistado(a) G.1).

Os impedimentos de ordem técnica, decorrem, portanto, das regras legais e infralegais já existentes. É a partir da definição prévia dessas regras que se aplicam os impedimentos. Sendo assim, poder-se-ia dizer que o instrumento regulador não são os impedimentos, mas sim as portarias de cada uma das políticas e programas. Contudo, na medida em que a imposição dessas regras sobre a execução das emendas parlamentares só é possível graças a existência dos impedimentos, o art. 10, da LC210/2024, então, a presente pesquisa optou por considerar o impedimento como o instrumento de política pública, de modo mais amplo, em detrimento das portarias específicas.

Os impedimentos de ordem técnica possibilitam que a execução das emendas siga um critério técnico mínimo. Trata-se de um instrumento de essencial importância para regulação das emendas parlamentares, sendo capaz de impedir alocações indevidas de recursos e de garantir o cumprimento das regras de transferência já existentes (Entrevistados(as) G.1 e T.1).

Por outro lado, as hipóteses para a imposição de um impedimento estão dadas pela LC210/2024, não podendo o MS diligenciar as emendas a partir de hipóteses que não constem na legislação. Caso queira aplicar uma nova hipótese de impedimento, o MS deve negociar a inclusão dessa hipótese com o Legislativo (Entrevistado(a) G.1).

Atualmente, o maior volume de emendas parlamentares ainda é destinado para o custeio da APS e AES, cujo critério de avaliação, até 2024, era apenas o limite máximo anual calculado pelo MS com base na produção do ano anterior. Com a publicação da LC210/2024, novas hipóteses de impedimentos foram agregadas ao rol já existente, dentre as quais, a necessidade de compatibilização das emendas com o planejamento setorial. No caso do SUS, para serem executadas, as emendas devem estar relacionadas com as metas estabelecidas na PAS dos entes beneficiários.

Essa nova hipótese deve levar a um aprimoramento do critério atual de direcionamento de emendas para o custeio, até então baseado exclusivamente nas transferências do ano anterior. O limite anual tende a reproduzir desigualdades, especialmente no que diz respeito aos recursos do MAC, e não tem a capacidade de direcionar recursos para as regiões mais necessitadas (Entrevistado(a) A.1).

A compatibilização das emendas com o planejamento é um avanço que foi possibilitado pela interferência do Judiciário no arranjo de implementação (Entrevistado(a) T.1). As consequências da sua efetivação sobre a execução orçamentária e sobre o instrumento das emendas à despesa devem ser acompanhadas nos próximos anos.

Portarias e Cartilhas

As portarias anuais, assim como as cartilhas, atuam como instrumento normatizador do processo de avaliação e execução das emendas parlamentares. Na medida em que apresentam as regras legais e os procedimentos a serem seguidos desde a proposição até o pagamento das emendas, sua disponibilização é de essencial importância para a regulação do relacionamento entre MS e CN.

As portarias começaram a ser publicadas em 2014, ano em que a LDO definiu pela primeira vez a impositividade de execução das emendas individuais e também quando o MS abriu a possibilidade de direcionamento de emendas parlamentares para o custeio da APS e AES. Conforme mencionado anteriormente, o MS já possuía regras definidas para a transferência de recursos federais do SUS e a portaria de regulamentação das emendas buscou concentrar essas regras em um único normativo.

Mesmo antes de 2014, o MS já disponibilizava a Cartilha para Apresentação de Propostas ao MS, que apresentava aos gestores locais os procedimentos a serem seguidos para solicitação de recursos federais de investimento. A partir da impositividade e do aumento no volume de recursos direcionados ao orçamento federal do SUS via emendas parlamentares, ambos os instrumentos foram sendo aprimorados (Entrevistados(as) T.1 e G.3).

No caso da portaria, destacam-se as modificações realizadas em 2023 e 2024. Como consequência da pandemia de covid-19, os referenciais de produção de média e alta complexidade perderam aderência com a realidade entre 2020 e 2022. Em vista disso, e considerando-se o critério para transferência de recursos para incremento ao custeio MAC estar referenciado na produção do ano anterior, a portaria do ano de 2023 utilizou como parâmetro para cálculo dos limites a produção do ano de 2019 (Brasil, 2023b). Além disso, o ano de 2022 apresentou algumas distorções relevantes nos dados de produção apresentados por alguns municípios, de modo que mantê-lo como referência poderia gerar distorções alocativas significantes (Cavalcanti, 2025).

A partir de 2024, a portaria agregou outros critérios para as transferências de emendas ao custeio MAC: percentuais mais elevados para os estabelecimentos públicos com produção no FAEC, àqueles pertencentes à Amazônia Legal e os com maior índice de vulnerabilidade (Brasil, 2024c). Essa modificação foi realizada visando qualificar as alocações parlamentares, tendo sido implementadas a partir de necessidades de melhorias percebidas pelo próprio Órgão (Entrevistados(as) G.1 e G.3).

A partir de 2025, para se enquadrar às novas regras impostas pela LC210/2024, foram feitos novos ajustes na portaria, com a inclusão das novas hipóteses de impedimento de ordem técnica, novas regras para apresentação dos planos de trabalho, que passaram a ser obrigatórios para todas as emendas, entre outros ajustes necessários (Brasil, 2025a).

A portaria, até então, limitava-se a regular as transferências derivadas de emendas individuais. As mudanças no perfil das emendas coletivas, resultou na elaboração de uma nova portaria de regulamentação, específica para as emendas de bancada estadual e de comissão. Seguindo o mesmo modelo da portaria anterior, essa nova portaria passou a incorporar o portfólio de instrumentos de regulação das emendas parlamentares do MS (Brasil, 2025b).

As modificações operadas na portaria são resultado de processos de qualificação normativa que podem ser decorrentes de fatores externos, tal qual a adequação a novas regras legais, de avaliações do próprio Órgão, de solicitações externas e de pactuações com outros atores. A partir das entrevistas, pôde-se perceber que a gestão do MS está constantemente revisando os processos relativos às transferências federais visando melhorar os processos internos, proporcionar mais celeridade, melhor adequação aos programas e ampliação da transparência dos gastos públicos com saúde (Entrevistados(as) G.1, G.3 e T.1). Nessa linha, a cartilha disponibilizada aos parlamentares também vem sendo aprimorada desde a sua primeira publicação.

Até 2014, as emendas parlamentares, que representavam cerca de 3% dos gastos do MS, eram executadas por meio de convênios celebrados entre o MS e os estabelecimentos beneficiários. Assim, a Cartilha para Apresentação de Propostas era o instrumento que melhor auxiliava os parlamentares na elaboração e apresentação dos seus projetos. Com o passar dos anos, e com a modificação na forma de transferência das emendas, que pouco a pouco passaram a ser efetivadas via fundos de saúde, o FNS passou a realizar modificações na Cartilha, de modo que esta comportasse tanto as orientações direcionadas aos gestores locais, como também aquelas mais específicas para os parlamentares. Melhorias foram sendo realizadas entre 2014 e 2018, até que o

MS percebeu a necessidade de elaborar uma cartilha específica para as propostas parlamentares, que se alinhasse aos processos específicos relacionados a sua tramitação. Desde 2018, então, passou-se a publicar anualmente a Cartilha de Emendas Parlamentares ao PLOA (Entrevistado(a) G.3).

Pode-se dizer que a cartilha é um instrumento auxiliar de outro instrumento de regulação utilizado pelo MS: os programas. Na cartilha são elencados todos os programas prioritários do MS para os quais os parlamentares podem indicar emendas, cada um com o procedimento administrativo a ser seguido para garantir sua execução. Assim, a cartilha complementa os programas ao apresentar os critérios normativos que possibilitam a aprovação das propostas parlamentares.

Com o passar dos anos e o aumento no volume de recursos direcionados ao MS, novos programas foram sendo adicionados às cartilhas, assim como novas informações gerenciais. Em 2025, em decorrência das decisões resultantes do julgamento da ADPF 854, a cartilha passou a contar com um capítulo específico sobre planejamento em saúde. Conforme explicado, desde 2025, os parlamentares devem comprovar o alinhamento das suas propostas com os objetivos e metas da política pública, tanto no âmbito federal como local. Assim, para auxiliar os parlamentares na identificação desses atributos, e facilitar o trabalho de análise das áreas técnicas, a cartilha incluiu junto a cada um dos programas, as referências de objetivo e meta aos quais se relacionam no PNS e na PAS da União (Brasil, 2024b).

Como também deve-se comprovar o alinhamento das emendas com a PAS do ente beneficiário, foram realizadas evoluções no sistema de tramitação de emendas do MS para que ele apresentasse os objetivos e metas da PAS diretamente no sistema. Essa evolução facilita a identificação do alinhamento tanto por parte dos proponentes como por parte dos avaliadores dos planos de trabalho (Entrevistado(a) G.3).

Conforme se verificou no Capítulo 5, a maior crítica direcionada a alocação parlamentar é a desigualdade regional na aplicação dos recursos direcionados ao custeio da APS e da AES, o que pode ser resultado do desconhecimento da organização territorial dos serviços de saúde ou da ausência de critérios de rateio que induzam a uma distribuição mais equitativa dos recursos no território. Em qualquer um dos casos, o MS poderia utilizar as cartilhas como instrumento para mitigar essas dificuldades a partir da apresentação da forma de organização dos serviços em regiões de saúde. O novo capítulo incluído na cartilha a partir de 2025 apenas descreve o processo de

planejamento do SUS, sem mencionar seu arranjo de governança, a forma de organização do sistema, as pactuações intergestores ou a importância do PDI para os estados.

É certo que a simples menção ao modelo organizativo do SUS não é suficiente para modificar a forma como as emendas vem sendo propostas atualmente. O ideal seria elaborar um instrumento capaz de direcionar os recursos a partir da lógica da regionalização. Na ausência desse instrumento, a cartilha poderia ser utilizada como ponto de partida para essa discussão.

Linhas Prioritárias

As linhas prioritárias passaram a ser utilizadas como instrumento de regulação das emendas ao orçamento da saúde em 2025, como consequência do julgamento da ADPF 854 (Entrevistados(as) A.1 e T.1). A LC210/2024, publicada em decorrência das sucessivas decisões do STF, definiu o caráter estruturante das emendas de bancada estadual e o caráter nacional das emendas de comissão, conforme artigos 2º e 4º transcritos abaixo.

Art. 2º As **emendas de bancada estadual** de que trata o § 12 do art. 166 da Constituição Federal somente poderão destinar recursos a **projetos e ações estruturantes para a unidade da Federação representada pela bancada**, vedada a individualização de ações e de projetos para atender a demandas ou a indicações de cada membro da bancada.

Art. 4º Somente poderão apresentar emendas **as comissões permanentes** da Câmara dos Deputados, do Senado Federal e do Congresso Nacional, observadas suas competências regimentais, para ações orçamentárias de **interesse nacional ou regional** (Brasil, 2024d).

De modo a cumprir com o novo regramento legal, o MS incluiu na Portaria GM/MS nº 6.928, de 28 de maio de 2025, que regulamenta as transferências relativas às emendas coletivas, linhas prioritárias que devem ser seguidas para proposição dessas emendas.

Art. 18. **Constituem ações e serviços públicos estruturantes e prioritárias, no âmbito do SUS**, passíveis de seleção pelos entes beneficiários indicados no momento da apresentação das propostas **para a utilização dos recursos de custeio provenientes de emendas de bancada**:

- I - custeio dos serviços e ações da Atenção Primária à Saúde:
 - a) estratégia de busca ativa para vacinação e controle de doenças transmissíveis;
 - b) estratégia de rastreamento e controle de condições crônicas;
 - c) implantação de instrumentos e dispositivos de Navegação do Cuidado;
 - d) estratégias para atenção integral à saúde da mulher; e

- II - custeio dos serviços de Atenção Especializada à Saúde:
 - a) ações do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE;
 - b) ações para redução de filas, com ênfase em cirurgias;
 - c) Rede Alyne; e
 - d) ações da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer - PNPC e Rede de Prevenção e Controle de Câncer – RPCC.

Art. 26. Constituem ações e serviços públicos de interesse nacional ou regional no âmbito do SUS, passíveis de seleção pelos entes beneficiários indicados no momento da apresentação das propostas para a utilização dos recursos de custeio provenientes de emendas de comissão:

- I - custeio dos serviços e ações da Atenção Primária à Saúde:
 - a) estratégia saúde da família;
 - b) Programa Brasil Sorridente;
 - c) estratégia de busca ativa para vacinação para controle de doenças transmissíveis;
 - d) estratégia de rastreamento das doenças crônicas;
 - e) implantação de instrumentos e dispositivos de Navegação do Cuidado;
 - f) credenciamento de novos serviços e equipes; e
 - g) estratégias para atenção integral à saúde da mulher.
- II - custeio dos serviços de Atenção Especializada à Saúde:
 - a) ações do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE;
 - b) ações para redução de filas com ênfase em cirurgias;
 - c) Rede Alyne;
 - d) ações da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer - PNPC e Rede de Prevenção e Controle de Câncer - RPCC; e
 - e) habilitação de serviço da atenção especializada.
- III - custeio dos serviços de vigilância em saúde e ambiente, consistente no custeio temporário para o fortalecimento de combate às arboviroses (Brasil, 2025b)

Uma importante inovação trazida por esse instrumento diz respeito a imposição de um tipo de vinculação da transferência de recursos de custeio MAC à comprovação da sua aplicação, ou seja, as emendas coletivas deverão comprovar, *a posteriori*, que os recursos por elas destinados se reverteram em serviços prestados à população no montante previamente proposto. Apesar de ainda estarem sendo criados os mecanismos de verificação e monitoramento dessa aplicação, trata-se de uma mudança relevante no modelo de financiamento da Atenção Especializada via emendas (Entrevistados(as) A.1).

Essa vinculação das emendas coletivas à produção de MAC decorre da LC210/2024, na qual é demandado aos Ministérios que estabeleçam os critérios e as orientações para a execução das programações de interesse nacional ou regional, bem como dos projetos e das ações estruturantes, que deverão ser observados em todas as programações discricionárias do Poder Executivo (Brasil, 2024d).

Durante o ano de 2025, foi definido que pelo menos 30% dos recursos de emendas coletivas vinculados a linhas prioritárias de MAC deverão seguir a vinculação à produção. A expectativa é que esse percentual alcance 100% em cinco anos (Entrevistados(as) G.1, G.3 e A.1).

Tendo em vista que a definição de linhas prioritárias é um instrumento novo, ainda não é possível fazer qualquer julgamento acerca da sua utilização. Entretanto, com base nos achados da pesquisa, pode-se dizer que as linhas prioritárias têm potencial para se tornar um importante instrumento direcionador de recursos para ações de interesse da gestão. Em vista do seu caráter vinculante, elas representam um instrumento direcionador mais forte do que os programas.

Por outro lado, há de se questionar por que as linhas prioritárias não levaram em conta as metas já definidas pelo planejamento setorial, o que não foi possível de se esclarecer a partir das entrevistas realizadas. Por se tratar de um instrumento que elenca as prioridades da política pública, um recorte das metas do PNS poderia ter sido utilizado, identificando na portaria a relação entre as linhas prioritárias e o planejamento. Além disso, considerando-se a necessidade de compatibilização entre as emendas parlamentares e a PAS dos entes beneficiários, a utilização de um recorte do PNS facilitaria a avaliação dos planos de trabalho, traria mais coerência para o instrumento, além de fortalecer o planejamento como indutor de prioridades de gastos.

7.2 INSTRUMENTOS NÃO UTILIZADOS

Planejamento Setorial

O avanço do Legislativo sobre o orçamento da Saúde se inicia em 2014 com a inclusão na LOA da obrigatoriedade de destinação de 50% de todas as emendas individuais impositivas para o orçamento federal do SUS. Durante o período de 2014 até 2024, o planejamento setorial não foi utilizado como instrumento regulador da alocação parlamentar pelo MS. Em que pese a CF88 limitar a aprovação de emendas a sua compatibilização com o PPA, as entrevistas realizadas com gestores(as) e trabalhadores(as) do MS não demonstrou a mobilização do PPA ou do PNS como

instrumentos limitadores das emendas, ainda que sua importância tenha sido mencionada com frequência pelos entrevistados.

A utilização do planejamento como instrumento se efetivou a partir de 2025, como consequência da entrada do Poder Judiciário no arranjo de implementação orçamentário. Como os instrumentos de políticas públicas não são neutros, as decisões judiciais, que deveriam ter se limitado ao controle de constitucionalidade do RP9, acabaram se expandindo e englobando diferentes aspectos do processo legislativo orçamentário, incluindo os critérios alocativos das emendas parlamentares.

Um dos desdobramentos da atuação do Judiciário no arranjo foi a elaboração e aprovação pelo CN da LC210/2024, que dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares à despesa, tendo adicionado novas regras a serem seguidas, tanto pelo Legislativo quanto pelo Executivo.

Dentre outras modificações trazidas pela LC, foram institucionalizadas regras para a proposição de emendas coletivas e, pelo lado do Executivo, destaca-se a inclusão como impedimento à execução das emendas a sua “incompatibilidade com a política pública aprovada no âmbito do órgão setorial responsável pela programação” (Brasil, 2024d). Em outras palavras, para serem executadas, as emendas devem ser compatíveis com o planejamento setorial.

A forma como o MS regulamentou essas duas mudanças institucionais é o que justifica a classificação do planejamento como instrumento não utilizado na regulação das emendas.

Nos termos da LC, para que as bancada estaduais e as comissões possam elaborar suas propostas de emendas, os Órgãos devem disponibilizar previamente os critérios e orientações a serem seguidos pelas bancadas para a execução dos projetos e das ações prioritárias, assim como as programações de interesse nacional ou regional a serem observadas pelas comissões. Em resposta a essa necessária regulamentação, o MS publicou a Portaria 6.928/2025, na qual são listadas o que se chamou de linhas prioritárias. As linhas prioritárias se referem aos programas e ações para os quais podem ser direcionados recursos de custeio das emendas coletivas, exclusivamente.

Além de não terem sido elencados critérios de rateio ou de regionalização para essas emendas – que por serem coletivas poderiam mais facilmente se adequar a eles – chama a atenção o fato do PNS, ou mesmo a PAS, não terem sido diretamente referenciados como os direcionadores das linhas prioritárias, uma vez que representam o instrumento principal de definição de prioridades

da gestão federal do SUS, elaborado com base nas diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e contendo os indicadores e metas a serem alcançados pela política pública a nível nacional.

Com vistas a discutir a capacidade do planejamento setorial de servir como base para definição das prioridades da política de saúde em nível federal, foi elaborado o Quadro 2, que apresenta a correspondência entre as metas do PNS 2024-2027 e da PAS 2025 com cada uma das linhas prioritárias definidas na Portaria 6.928/2025.

Quadro 2 – Alinhamento entre linhas prioritárias e planejamento setorial

#	Linha prioritária	Meta PNS 2024-2027 / PAS 2025
<i>Emendas de Banca</i>		
1	Estratégia de busca ativa para vacinação e controle de doenças transmissíveis	3.9 Ampliar o percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas: penta (DTP/HepB/Hib) - PENTA; polio injetável - VIP; e pneumo 10 - VPC10, sarampo, caxumba, rubéola - SCR, em crianças de até 1 ano de idade.
2	Estratégia de rastreamento e controle de condições crônicas	1.6 Ampliar o quantitativo de polos credenciados do Programa Academia da Saúde. 1.15 Alcançar pessoas com idade entre 40 e 74 anos atendidas na Atenção Primária à Saúde que tiveram a avaliação do risco cardiovascular realizada no intervalo de 12 meses, em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária cadastradas na APS. 1.19 Ampliar a proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na Atenção Primária à Saúde.
3	Implantação de instrumentos e dispositivos de Navegação do Cuidado	Não identificado
4	Estratégias para atenção integral à saúde da mulher	1.7 Ampliar a realização de inserção de métodos contraceptivos de longa duração na Atenção Primária à Saúde.
5*	Ações do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE	2.21 Realizar Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), previstas nos Planos de Ação Regional (PAR) aprovados, no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae)
6	Ações para redução de filas, com ênfase em cirurgias	2.4 Alcançar a taxa de expansão de procedimentos de cirurgias eletivas proposta para cada ano.
7*	Rede Alyne	2.16 Ampliar o percentual de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). 2.22 Ampliar a oferta de serviços de saúde materna e infantil financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Rede Alyne.
8	Ações da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer - PNPCC e Rede de Prevenção e Controle de Câncer - RPCC	2.1 Ampliar os procedimentos especializados realizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para o tratamento do câncer.

#	Linha prioritária	Meta PNS 2024-2027 / PAS 2025
<i>Emendas de Comissão</i>		
9	Estratégia saúde da família	1.1 Ampliar a cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde. 1.2 Ampliar o número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde. 1.3 Implantar Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde. 1.4 Ampliar o número de equipes Multiprofissionais (eMulti) nos municípios brasileiros, com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.
10	Programa Brasil Sorridente	1.9 Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal.
11	Estratégia de busca ativa para vacinação para controle de doenças transmissíveis	3.9 Ampliar o percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas: penta (DTP/HepB/Hib) - PENTA; polio injetável - VIP; e pneumo 10 - VPC10, sarampo, caxumba, rubéola - SCR, em crianças de até 1 ano de idade.
12	Estratégia de rastreamento das doenças crônicas	1.6 Ampliar o quantitativo de polos credenciados do Programa Academia da Saúde. 1.15 Alcançar pessoas com idade entre 40 e 74 anos atendidas na Atenção Primária à Saúde que tiveram a avaliação do risco cardiovascular realizada no intervalo de 12 meses, em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária cadastradas na APS. 1.19 Ampliar a proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na Atenção Primária à Saúde.
13	Implantação de instrumentos e dispositivos de Navegação do Cuidado	Não identificado
14	Credenciamento de novos serviços e equipes de APS	Várias
15	Estratégias para atenção integral à saúde da mulher	1.7 Ampliar a realização de inserção de métodos contraceptivos de longa duração na Atenção Primária à Saúde.
16*	Ações do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE	2.21 Realizar Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), previstas nos Planos de Ação Regional (PAR) aprovados, no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae)
17	Ações para redução de filas com ênfase em cirurgias	2.4 Alcançar a taxa de expansão de procedimentos de cirurgias eletivas proposta para cada ano.

#	Linha prioritária	Meta PNS 2024-2027 / PAS 2025
18*	Rede Alyné	2.16 Ampliar o percentual de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).
		2.22 Ampliar a oferta de serviços de saúde materna e infantil financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Rede Alyné.
19	Ações da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer - PNPCC e Rede de Prevenção e Controle de Câncer - RPCC	2.1 Ampliar os procedimentos especializados realizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para o tratamento do câncer.
20	Habilitação de serviço da atenção especializada	Várias
21	Custeio dos serviços de vigilância em saúde e ambiente, consistente no custeio temporário para o fortalecimento de combate às arboviroses	3.6 Reduzir a taxa de incidência média de arboviroses (dengue, chikungunya, Zika e febre amarela) no Brasil.

Fonte: Portaria 6.928/2025, Plano Nacional de Saúde 2024-2027, Programação Anual de Saúde 2025, elaborado pela autora.

* As metas 2.21 e 2.22 não constavam inicialmente do PNS24-27, tendo sido incluídas na PAS 2025, após processo anual de revisão do planejamento.

Conforme se observa, para cada uma das linhas prioritárias definidas pela Portaria 6.928/2025 foi possível identificar pelo menos uma meta correspondente no planejamento setorial, com exceção dos instrumentos e dispositivos de Navegação do Cuidado (números 3 e 13). Há, ainda, as linhas prioritárias mais genéricas incluídas como possibilidade de alocação para as emendas de comissão: credenciamento de novos serviços e equipes da APS (14) e habilitação de serviços da AES (20).

Não fica claro se haverá outro critério alocativo para as linhas de cuidado genéricas, uma vez que se assemelham às transferências para incremento ao custeio, as quais possuem limitações de acordo com a produção do ano anterior. Nesse sentido, há de se questionar o porquê da inclusão dessas linhas prioritárias genéricas, o que não foi feito durante as entrevistas.

Outro ponto a se destacar, diz respeito à inclusão de duas novas metas no planejamento setorial a partir de 2025: 2.21 Realizar Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), previstas nos Planos de Ação Regional (PAR) aprovados, no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e 2.22 Ampliar a oferta de serviços de saúde materna e infantil financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Rede Alyné.

Conforme explicado no Capítulo 5, a PAS é a anualização do PNS. Por ser um planejamento de médio prazo, o PNS apresenta os indicadores e as metas a serem alcançados ao final do período de vigência do Plano. Ao longo dos quatro anos de vigência do PNS, o MS publica quatro PAS, que podem divergir entre si na medida em que o Plano vai sendo implementado.

As eventuais diferenças que podem existir entre as PAS de cada ano são resultado da institucionalização do processo de monitoramento do PNS, que é realizado periodicamente e possibilita que sejam identificadas as necessidades de aprimoramento do instrumento, tais como as mudanças nas metas e indicadores. Conforme explicado por Núbia Freire (2020), os indicadores e metas do PNS, e consequentemente da PAS, são monitorados bimestralmente. O processo de monitoramento envolve 3 etapas, das quais participam os técnicos das áreas responsáveis por cada indicador, os seus respectivos gestores e o setorial de planejamento e orçamento do Órgão. Todo o processo é registrado em um sistema informatizado que permite o registro das informações e também a sua disponibilização de forma pública, garantindo transparência e agilidade na prestação de contas.

Uma vez identificada a necessidade de modificação, estas são realizadas na PAS de cada ano e, posteriormente, são incorporadas ao PNS no período de revisão. Esse processo de monitoramento e avaliação do instrumento de planejamento justifica a inclusão das duas novas metas na PAS 2025.

Diante disso, pode-se afirmar que as linhas prioritárias usadas como regulamentação da LC210/2024 poderiam ter sido expressas na Portaria 6.928/2025 por meio de um recorte da PAS, fortalecendo o instrumento e possibilitando que seja realizado o monitoramento e avaliação dos seus resultados.

Dentre as diferentes considerações feitas pelo Judiciário ao longo do período em que atuou mais diretamente no arranjo de implementação orçamentário, destaca-se o questionamento acerca da viabilidade de monitoramento dos resultados da aplicação dos recursos de emendas parlamentares. Em vista do processo de monitoramento já consolidado no MS, a utilização de um recorte do planejamento setorial seria a melhor forma de garantir o monitoramento permanente dos resultados, ainda que pudessem ser necessárias pequenas modificações nos processos de trabalho existentes.

A utilização do planejamento como base para definição dos critérios, das orientações e das ações prioritárias necessários à regulamentação das emendas coletivas serviria também como uma forma de blindar a política pública de interferências políticas externas. Durante o período de 12 anos sobre os quais a pesquisa se debruça, ocuparam o cargo de direção do MS 11 ministros²⁸,

²⁸ O ministro Alexandre Padilha foi contabilizado duas vezes por ser o ministro que estava em exercício em 2013 e, novamente, em 2025.

com perfis e interesses diversos e mais ou menos alinhados com a pauta da saúde pública. Sendo assim, a vinculação formal ao planejamento seria uma forma de institucionalização das linhas prioritárias. Com isso, interferências políticas poderiam ser mitigadas, numa tentativa de garantir um mínimo de estabilidade de fontes para o custeio dos programas com indicações de emendas coletivas.

Ademais, essa escolha estaria mais alinhada com a regulamentação aplicada à nova hipótese de impedimento de ordem técnica incluída pela LC210/2024. Nesse caso, o MS definiu a vinculação da execução das emendas individuais a sua compatibilidade com a PAS. Por mais que a compatibilização das emendas com o planejamento plurianual seja uma obrigação constitucional, foi apenas com a LC210/2024 que essa verificação passou a ser realizada durante a análise de mérito das emendas (Entrevistados T.1 e G.3).

Embora, à primeira vista, possa parecer que haverá um fortalecimento do planejamento como instrumento de regulação a partir da LC210/2024, o MS abriu a possibilidade de serem realizadas modificações nas PAS dos estados e municípios a qualquer tempo para que possam ser incluídos indicadores e metas que garantam o recebimento de emendas parlamentares (FNS, 2025). Mais um vez, há uma inversão na lógica dos instrumentos, na medida em que o orçamento (por meio das emendas à despesa) potencialmente ditará a construção do planejamento.

Questionado se essa seria uma regra de transição a ser aplicada apenas no ano de 2025, foi informado por um(a) dos(as) gestores(as) entrevistados(as) que, em princípio, a regra permanecerá vigente por tempo indeterminado. Como justificativa, argumentou-se que o prazo definido para a apresentação da PAS – 31 de março de cada ano, conforme LC141/2012 – impossibilita que ela seja utilizada como instrumento, visto que as tratativas para elaboração do orçamento se iniciam no último trimestre do ano anterior.

Uma análise realizada nos instrumentos de planejamento do MS²⁹ no período de 2016 a 2025 demonstrou que são poucas as modificações realizadas de um ano para outro nas PAS, ou mesmo as diferenças das PAS com relação ao PNS. De modo geral são realizados ajustes nas metas a serem alcançadas e poucas inclusões ou exclusões de indicadores, com exceção para o PNS 2020-2023 que esteve vigente durante o período de combate à pandemia de covid-19, e por isso demandou mais alterações do que o normal. Sendo assim, pode-se advogar pela utilização da PAS vigente no momento da discussão orçamentária. Contudo, a realidade dos estados e municípios é

²⁹ Disponíveis para consulta em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus>

diferente daquela do MS, que possui mais recursos para a elaboração e o monitoramento e revisão periódicos dos seus instrumentos, não sendo possível generalizar esse resultado para os entes subnacionais.

Foge ao escopo dessa pesquisa avaliar os Planos e Programações Anuais dos estados e municípios, de modo que não se pode afirmar se os seus planejamentos vigentes teriam ou não condições de serem utilizados como parâmetro para a elaboração orçamentária do ano seguinte. Sendo assim, entende-se ser importante haver um período de adaptação, principalmente quando se tem em vista a dependência dos recursos de emendas por esses entes. Apesar disso, a presente pesquisa considera de extrema importância aproveitar-se da janela de oportunidade que se apresenta para fortalecer o planejamento como instrumento, o que não se efetivará se for mantida a possibilidade de modificação da PAS a qualquer tempo com o único objetivo de possibilitar o recebimento de emendas.

CrITÉRIOS de Rateio

A aplicação dos critérios de rateio definidos pela LC141/2012 sobre a distribuição de recursos de emendas parlamentares é defendida na literatura por diferentes autores que estudam o SUS, sendo considerado um importante instrumento redutor das desigualdades regionais eventualmente causadas pela alocação parlamentar (Ocké-Reis; Benevides; Melo, 2023; Piola; Vieira, 2019; Vieira, 2024).

De acordo com o art. 17 da referida lei, os recursos repassados da União para os entes subnacionais devem observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei 8.080/90 (Brasil, 2012).

A aplicação desse critério teria como objetivo reduzir disparidades regionais decorrentes das transferências de recursos federais. Efetivamente, conforme demonstrado no Capítulo 5, observa-se uma distribuição desigual de emendas parlamentares entre os municípios e regiões.

A princípio, a definição de um critério de rateio seria um importante instrumento de regulação, especialmente para as emendas coletivas, tendo potencial de reduzir desigualdades e de limitar o envio de recursos para municípios sem capacidade de execução. Contudo, existem alguns fatores que dificultam sua implementação.

Primeiramente, não se pode perder de vista que as emendas à despesa se limitam aos gastos discricionários dos Órgãos. Por definição, os gastos discricionários são livres para serem utilizados pelo Executivo da maneira que melhor lhe convier, sendo na implementação de um novo programa ou para sanar questões pontuais, tais como desastres naturais, epidemias ou outras questões não previstas no planejamento. Assim, a aplicação de critérios de rateio sobre essas despesas iria de encontro à lógica alocativa desses recursos (Entrevistado(a) G.3).

Em Acórdão proferido em 2016, o TCU defendeu o caráter discricionários dos gastos com emendas, mas, ao mesmo tempo, reforçou a necessidade de serem definidos critérios de rateio, especialmente para a política de saúde, tendo citado explicitamente a LC141/2012, conforme transcrição abaixo.

Em relação às emendas individuais destinadas a ações e serviços públicos de saúde, não há indícios de que observem as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e nem que visem à progressiva redução das disparidades regionais, como preceituado pela LC 141/2012. Os parlamentares tendem a beneficiar sua base eleitoral com a destinação de recursos das emendas, pulverizando os recursos federais em ações desarticuladas com o planejamento. O Anexo de Metas e Prioridades, que deveria acompanhar a LDO, seria um adequado instrumento para aproximar as emendas impositivas do planejamento do Governo Federal (TCU, 2016).

O TCU não só defende o uso de critérios de rateio, como ainda indica o melhor instrumento a ser utilizado pelo MS para impor esses critérios. Além disso, importa destacar também sua preocupação com a compatibilização das emendas com o planejamento federal.

Os parlamentares, contudo, ignoram a orientação e se aproveitam da característica discricionária dos gastos para recusar a imposição de qualquer critério de rateio para as emendas. O que leva ao segundo fator que dificulta a aplicação dos critérios de rateio para emendas parlamentares: o fortalecimento do Legislativo não se limitou ao arranjo de implementação orçamentário.

Desde o processo de afastamento da presidenta da república, iniciado em 2015, os instrumentos que garantiam poder decisório ao Executivo foram pouco a pouco perdendo capacidade, e os parlamentares foram ganhando mais autonomia e poder na governança federal (Faria, 2023).

Por mais que o processo orçamentário seja, desde sempre, permeado por acordos e negociações políticas (Entrevistado(a) G.2), nos últimos anos o CN se fortaleceu a ponto de recusar

a inclusão de regras limitadoras a suas escolhas alocativas. Para propor novas regras, o Executivo deve incluí-las no PLDO, que passa, necessariamente, pela avaliação da CMO. No contexto atual, qualquer nova regra orçamentária precisa ser previamente acordada com os parlamentares. Assim, o poder político se coloca como limitador da imposição de critérios de rateio às emendas (Entrevistado(a) G.1).

Finalmente, a recusa do CN em seguir critérios de rateio definidos pelo Executivo está também relacionada a questões político-partidárias, especialmente no que diz respeito às emendas individuais. Dificilmente um parlamentar aceitaria destinar recursos das suas emendas para municípios cujo prefeito não faça parte da sua base política (Entrevistado(a) G.1).

Encontra-se aqui, inclusive, uma causa provável para o empoçamento de recursos nos Fundos de Saúde: mudanças de gestão fazem com que os novos prefeitos interrompam os projetos iniciados na gestão anterior se esta tiver sido conduzida por um partido concorrente (Entrevistado(a) G.3).

Desse modo, ainda que concordem que a aplicação de algum critério de rateio tem o potencial de melhorar a alocação dos recursos de emendas, os gestores do MS não acreditam que o momento político é o mais adequado para pleitear a implementação desse instrumento.

Regionalização

Conforme apresentado no Capítulo 5, o processo de municipalização e de regionalização do SUS teve início ainda nos anos 1990, a partir de normas organizadas sob as NOBs, NOAS e também do Pacto pela Saúde. Em 2011, o Decreto 7.508/2011 institucionalizou a organização do sistema de saúde em regiões de saúde, assim como a organização dos serviços em redes, as RAS. As regiões de saúde são definidas como espaços geográficos contínuos constituídos pelo agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As RAS, por sua vez, são conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011).

Em vista dessa configuração organizacional, as transferências de recursos da União para os estados e municípios, deveria privilegiar a lógica regional em vez de uma lógica federativa (Entrevistado(a) G.3). Conforme apresentado por Luciana Lima et al. (2019) as transferências

federais baseadas na produção dos municípios tendem a reforçar as desigualdades regionais existentes na prestação de serviços de média e alta complexidade. Os autores observaram, ainda, que a manutenção dessa forma de repasse tende a enfraquecer as pactuações regionais, além de perpetuar os vazios assistenciais.

No caso das emendas parlamentares, é difícil desassociar a lógica federativa de alocação de recursos, uma vez que os deputados e senadores tendem a priorizar os municípios que os elegeram. Assim como ocorre com os critérios de rateio, a regionalização também esbarra na limitação político-partidária.

Por mais que esse represente um problema de difícil solução para as emendas individuais, não parece ser o caso para as emendas coletivas, especialmente após as mudanças implementadas a partir da LC210/2024. A partir do momento em que se define que as bancadas estaduais somente poderão propor emendas para ações e projetos estruturantes e as comissões somente poderão propor emendas para programações de interesse nacional ou regional, a lógica alocativa dessas emendas pode ser facilmente desassociada da lógica federativa.

Considerando-se que tanto as comissões do Senado, da Câmara e as mistas, quanto as bancadas estaduais são compostas por parlamentares de diferentes partidos políticos, que fazem parte de diferentes coligações, seria possível implementar um instrumento que direcionasse essas emendas para regiões de saúde em vez de municípios ou UF.

Um instrumento tal qual o mapa da saúde, implementado a partir do Decreto 7.508/2011, seria capaz de apresentar aos componentes das bancadas e das comissões o panorama atual das regiões e as necessidades alocativas de cada uma. Contudo, uma pesquisa mais ampliada é necessária para se entender os motivos que levaram ao enfraquecimento desse instrumento na governança do SUS.

Uma forma que poderia trazer benefícios ainda maiores para a alocação orçamentária é a conjugação entre planejamento e mapa da saúde, ou outro dispositivo equivalente. Na medida em que exista um mapeamento regional capaz de mostrar qual ente é capaz de melhor articular os recursos dentro da região de saúde, esse ente utilizaria o instrumento de planejamento para organizar as prioridades dentro da sua região de saúde. Para isso, o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais é essencial.

8 DISCUSSÃO

A pesquisa identificou cinco diferentes instrumentos de políticas públicas utilizados pelo MS na tentativa de regular a atuação parlamentar sobre o orçamento federal do SUS. Desse total, três foram utilizados em maior ou menor grau ao longo de todo o período, um teve sua utilização comprometida a partir de 2014 e um passou a ser utilizado apenas em 2025, respectivamente, os programas, os impedimentos de ordem técnica, as portarias e cartilhas, a discricionariedade e as linhas prioritárias.

Esses instrumentos têm como objetivo comum direcionar a escolha parlamentar, de forma mais ou menos direta. A experiência mostra que, muitas vezes, o parlamentar não tem clareza sobre a melhor destinação das suas emendas. Ele reconhece a necessidade de enviar recursos para o financiamento da política de saúde do seu estado ou município, mas nem sempre tem os instrumentos para definir a melhor alocação. Em vista disso, o direcionamento dado pelo MS será o diferencial entre uma alocação efetiva e uma alocação que reforça desigualdades (Entrevistados(as) A.1, G.2 e G.3).

Os programas são o melhor exemplo de instrumento direcionador de recursos, bem como as recém implementadas linhas prioritárias. Apesar disso, é importante que se avalie o alinhamento entre os programas que são apresentados como opção alocativa para os parlamentares, as linhas prioritárias definidas e o planejamento setorial.

Se o planejamento é o instrumento que elenca as prioridades da gestão e orienta o orçamento, ele também deve ser o instrumento base para a definição dos programas e das linhas prioritárias que orientam a alocação parlamentar. Definir programas e linhas prioritárias que não estejam alinhadas com o planejamento interfere no seu objetivo final de direcionamento de recursos (Entrevistados(as) A.1 e G.3).

Os três instrumentos são de extrema importância para o SUS e atuam de modo complementar sobre a escolha alocativa parlamentar. Enquanto os programas são um componente do microcosmos do direcionamento, as linhas prioritárias regulam especificamente uma parcela das emendas coletivas e o planejamento deve atuar como organizador de ambas, apresentando de forma mais ampliada as diretrizes e prioridades da política pública. Assim, nem todas as prioridades elencadas pelo planejamento precisam necessariamente ser apresentadas como programas prioritários do MS, mas todos os programas prioritários devem estar contidos no planejamento. O

mesmo vale para as linhas prioritárias, que idealmente deveriam ser definidas a partir de um recorte do planejamento.

Os outros instrumentos utilizados pelo MS no período foram a discricionariedade, os impedimentos de ordem técnica e as portarias e cartilhas, cada qual com uma característica de regulação diferente.

A pesquisa sugeriu, ademais, a inclusão de outros dois instrumentos na caixa de ferramentas do MS: os critérios de rateio e a regionalização. Os critérios de rateio, que poderiam ou não se basear na LC141/2012, agiriam como instrumentos de regulação técnicos, na medida em que obrigariam os parlamentares a seguirem um critério definido a partir de indicadores de saúde mensuráveis. A regionalização, por sua vez, poderia ser vista como um instrumento direcionador, na medida em que as regiões de saúde se organizam de acordo com parâmetros mais subjetivos, inclusive, políticos.

É possível notar que cada instrumento utilizado, e também aqueles propostos por essa pesquisa, tem uma característica própria, a depender do tipo de regulação que promove. Em vista disso, seria possível organizá-los em tipologias, tal qual se observa na literatura. Visto que as tipologias existentes para classificação dos instrumentos derivam, em maior ou menor grau, da proposta inicial de Hood, foi feita uma correlação entre a utilização dos instrumentos de regulação de emendas pelo MS com a tipologia NATO. Diante disso, e com vistas a sintetizar a discussão apresentada acima, foi elaborado o Quadro 3.

Quadro 3 – Potencialidades e limitações dos instrumentos federais de regulação das emendas parlamentares na área da saúde

Instrumento	Utilizado entre 2013 e 2025	Tipo de instrumento	Correlação com a tipologia NATO	Potencialidades	Limitações
Discrecionariiedade	Sim	Político	Tesouro	Execução das emendas é prerrogativa do MS; Alocação dos recursos em ações e programas mais alinhados com a política pública.	Uso político da execução orçamentária; Limitada pelo fato das emendas serem classificadas como ASPS (execução obrigatória).
Programas	Sim	Direcionador	Nodalidade	Direciona recursos para programas prioritários; Proporcionar alocações mais efetivas.	Alocação de emendas nos programas prioritários não é garantida.
Impedimentos de ordem técnica	Sim	Técnico	Organização	Impõe critérios técnicos para a alocação parlamentar; Impede alocação indevidas de recursos; Garante o cumprimento das regras legais.	Deve estar de acordo com as hipóteses de aplicação normatizadas na LC210/2024.
Portarias e Cartilhas	Sim	Normatizador	Autoridade	Normatizam o processo de avaliação e execução das emendas; Garantem o cumprimento das regras legais; Direcionam recursos para programas prioritários.	Não podem impor regras em desacordo com a legislação vigente.
Linhas prioritárias	Sim (2025)	Direcionador	Nodalidade	Direciona recursos para programas de interesse da gestão.	Prioridades apartadas do planejamento setorial.

Instrumento	Utilizado entre 2013 e 2025	Tipo de instrumento	Correlação com a tipologia NATO	Potencialidades	Limitações
Planejamento setorial	Não	Direcionador	Nodalidade	Elege prioridades; Direciona recursos; Estabelece metas; Possibilita o monitoramento da política pública.	Enfraquecimento institucional do instrumento; Baixo engajamento da gestão; Recursos humanos não capacitados.
CrITÉrios de rateio	Não	Técnico	Organização	Redução de desigualdades regionais.	Lógica alocativa dos gastos discricionários; Entraves administrativos e políticos.
Regionalização	Não	Direcionador	Nodalidade	Redução de desigualdades regionais; Mitigação de vazios assistenciais.	Lógica federativa; Entraves políticos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A correlação entre o tipo de regulação proporcionado por cada instrumento e a tipologia de Hood foi feita levando-se em consideração as características de ambos. Os instrumentos direcionadores, representados pelos programas, pelas linhas prioritárias, pelo planejamento e pela regionalização, são construídos a partir de informações detidas pelos gestores do MS, coletadas de diferentes fontes. Em vista disso, corresponderiam, na tipologia de Hood, à nodalidade. As portarias e cartilhas, ao representarem o poder do MS de utilizar de normas legais para regular as emendas, podem facilmente ser identificadas como instrumentos de autoridade. A discricionariedade está relacionada à capacidade do MS de trocar execução orçamentária por aprovação de pautas no Legislativo, representando o tesouro. Os impedimentos de ordem técnica, juntamente com os critérios de rateio, ao imporem um critério técnico mínimo a ser observado no processo de avaliação das emendas propostas, podem ser relacionadas à organização.

Uma crítica feita pelo próprio autor anos depois, diz respeito ao fato de sua tipologia não ter mapeado os instrumentos utilizados pelos Estados nas relações intergovernamentais (Hood, 2007). Mesmo assim, foi possível traçar paralelos entre a tipologia NATO e os instrumentos mobilizados pelos atores participantes do arranjo de implementação do processo orçamentário do MS, tanto para os instrumentos já utilizados, como para os propostos.

Conforme apresentado no Quadro 3, a pesquisa propõe a incorporação de mais três instrumentos. Não obstante, ao longo do trabalho foram sendo apresentadas diversas situações em que a execução das emendas parlamentares impacta o financiamento federal do SUS e cuja mitigação não é contemplada por nenhum dos instrumentos listados.

Mesmo tendo contado com a contribuição dos(as) gestores(as) e técnicos(as) do MS que concordaram em colaborar com a pesquisa, o questionário aplicado durante as entrevistas foi construído com base nas pesquisas bibliográfica e documental. Desse modo, as discussões se desenvolveram a partir da apresentação de instrumentos previamente mapeados. Houve casos em que os(as) entrevistados(as) propuseram a inclusão de novos instrumentos no arranjo, mas de modo geral, as discussões se concentraram sobre os instrumentos que de alguma forma já haviam sido indicados pela literatura.

O desenho dos arranjos de implementação permitiu identificar que restam ainda alguns pontos que merecem ser estudados mais a fundo para que novos instrumentos de regulação possam ser utilizados. É o caso dos saldos empoçados nas contas dos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios; a discussão acerca do pagamento de pessoal com recursos de emendas; os

limites anuais de incremento ao custeio como único critério alocativo para as emendas individuais; e a contabilização das emendas parlamentares como gastos em saúde da União.

Esse último ponto, apesar do mais improvável de ser modificado no contexto político-institucional vigente, traria os maiores benefícios para a política. Os gestores do MS participantes dessa pesquisa não se colocaram contrários ao instrumento da emenda parlamentar à despesa em nenhum momento. Há consenso de que se trata de um instrumento legítimo do Legislativo da mesma forma em que há consenso de que sua participação nas despesas discricionárias com ASPS do MS é demasiadamente elevada.

Há de se considerar, ademais, a subordinação do orçamento federal do SUS às emendas parlamentares pelo fato de serem contabilizadas como ASPS, o que faz com que a sua não execução resulte em descumprimento de regra constitucional.

Em 2024, no âmbito da ADPF 854, o STF suspendeu a execução das emendas parlamentares durante quase todo o segundo semestre do ano. Como as emendas ao orçamento federal do SUS são contabilizadas como despesas com ASPS, o MS precisou recorrer à Corte já nos últimos dias de dezembro para que pudesse executar parte das emendas suspensas, sob o risco de não cumprir com o gasto mínimo constitucional (STF, 2024).

A solução para problemas dessa natureza deveria passar necessariamente por uma revisão da regra de contabilização, entretanto, realizar emendas à despesa com ASPS dá aos parlamentares a garantia de sua execução, seja por serem consideradas como gastos da União, seja por representarem gastos obrigatórios do MS (Entrevistado(a) G.1).

Diante dos problemas alocativos descritos nessa pesquisa, mesmo que as emendas passassem a representar um gasto adicional para o SUS, ainda seriam necessários instrumentos de regulação, principalmente em vista do volume crescente de recursos não executados retidos nas contas correntes dos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

Conforme demonstrado, os saldos empocados nas contas dos Fundos cresceram quase dois mil por cento desde 2014, tendo alcançado R\$38,4 bilhões em 2025. Em um primeiro momento, esse dado pode nos levar a acreditar que os saldos são resultantes de alocações parlamentares ineficientes. Contudo, ainda não há informações suficientes para se fazer essa afirmação. O ano de 2025 é o primeiro a diferenciar a origem dos saldos, se transferências de recursos próprios ou de emendas parlamentares. A partir do momento em que a série histórica tiver

dados suficientes, será possível fazer avaliações mais bem informadas. Identificar os fatores responsáveis por essa retenção é essencial para aprimorar o financiamento do SUS.

Um fator relevante que pode estar interferindo no acúmulo de recursos não executados pelos estados e municípios diz respeito a impossibilidade de pagamento de pessoal com os recursos das emendas individuais. Desde a aprovação da impositividade, mais de 90% dos recursos de emendas parlamentares têm sido destinados para as transferências de incremento ao custeio da APS e AES, conforme dados disponibilizados nos painéis do Ministério do Planejamento³⁰. Na APS, os recursos de custeio são majoritariamente utilizados para a manutenção das diferentes modalidades de equipes de saúde da família e equipes multiprofissionais, e na AES, para o pagamento de procedimentos, tais como exames e cirurgias (Brasil, 2017). Nos dois casos, a maior despesa relacionada ao custeio diz respeito ao pagamento de pessoal. Mesmo nos procedimentos de MAC, o custeio envolve a atuação de profissionais da saúde, sejam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas e demais. Isso porque o setor saúde é caracterizado pelo uso intensivo de mão de obra. Por mais que os recursos de custeio possam também ser direcionados a pequenas reformas nas Unidades Básicas de Saúde e compra de insumos, o maior gasto permanece sendo com pessoal.

No último ano, uma disputa entre parlamentares, Poder Executivo e TCU acabou levando a discussão para o Judiciário. No entendimento inicial do TCU, todas as emendas à despesa deveriam seguir a regra do art. 166, § 10 da CF88, que veda a utilização das emendas individuais a despesas com ASPS para o pagamento de pessoal e encargos sociais. Após questionamentos do Legislativo, o Tribunal modificou seu entendimento, liberando o uso de emendas coletivas para pagamento de pessoal. A controvérsia escalonou até o STF, cujo entendimento difere da última decisão do TCU (Entrevistados(as) G.1 e A.1).

Efetivamente, em vista da intensiva dependência de recursos humanos do setor saúde, a impossibilidade de utilização dos recursos de emendas para o pagamento de pessoal poderia estar afetando a execução orçamentária dos estados e municípios e contribuindo para o crescimento dos saldos. Há de se avaliar a possibilidade de utilização de instrumentos de direcionamento que pudessem garantir uma destinação mínima anual de emendas para o pagamento de salários em cada município ou região de saúde de modo a não prejudicar a prestação de serviços em decorrência da instabilidade dessa fonte de recursos.

³⁰ Disponíveis em: <https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecuc%2FOrçamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06>

Outro ponto a ser avaliado pela gestão do MS são os critérios vigentes para a destinação de emendas para o incremento ao custeio. Por mais que a portaria anual tenha introduzido novas regras para a alocação dos recursos ao custeio MAC, os limites acabam sendo o único critério alocativo.

Conforme explicado no Capítulo 6, a mudança no perfil das emendas parlamentares a partir de 2014 foi uma inovação de suma importância para o financiamento do SUS, especialmente após a aprovação da EC95/2016. Considerando-se a impositividade de execução de 50% de todas as emendas individuais em ASPS imposta pela EC86/2015, a possibilidade de proposição de emendas ao custeio impediu que se desenvolvesse uma crise de funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Se esse alto volume de recursos de emendas destinado ao orçamento federal do SUS fosse integralmente direcionado à investimento, o MS não seria capaz de fazer sua manutenção, ou seja, de financiar o custeio das unidades de saúde (Entrevistado (a) G.1).

Há época, definiu-se como critério alocativo o montante repassado de recursos próprios no ano anterior. Passados mais de 10 anos dessa mudança institucional, faz-se necessário avaliar a pertinência de se manter como único critério alocativo os limites baseados na produção (Entrevistado(a) A.1). Há de se avaliar a capacidade dos estados e municípios de dobrar o número de equipes e de procedimentos realizados anualmente, os reflexos da instabilidade alocativa sobre a prestação dos serviços e os impactos desse critério sobre o empoçamento dos saldos dos Fundos de Saúde.

No caso da média e alta complexidade, ter a produção do ano anterior como único parâmetro alocativo impede o desenvolvimento de novos serviços por outros municípios, além de perpetuar as desigualdades regionais. Uma combinação de investimentos e custeio que leve em consideração os vazios assistenciais é necessária para reduzir desigualdades e garantir o atendimento integral da saúde.

Em que pese ainda existirem gargalos a serem melhor avaliados pela gestão do MS, a incorporação de instrumentos de regulação foi essencial para garantir um mínimo de controle sobre a alocação orçamentária, tendo sido capaz de assegurar o cumprimento das regras dos programas, de impedir alocações indevidas de recursos e de direcionar as escolhas parlamentares para as prioridades da política.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emendas parlamentares, cuja execução era discricionária até 2013, passaram a ter sua execução impositiva a partir de 2014. Desde então, os montantes executados cresceram em valor e quantidade, especialmente aqueles destinados ao Ministério da Saúde. Em vista da sua capilaridade no território nacional e da celeridade com que os recursos são transferidos da União para os estados e municípios via fundos de saúde, o orçamento da Saúde sempre esteve no topo da lista dos maiores destinatários de emendas parlamentares à despesa.

A presente pesquisa baseou-se no conceito de arranjos de implementação para mapear o relacionamento entre os diferentes atores interessados na alocação de recursos orçamentários referentes ao financiamento da política de saúde e os instrumentos utilizados para conseguirem influenciar seus resultados. Os arranjos de implementação representam recortes no tempo e no espaço, feitos em uma política ou um conjunto de políticas, que permite identificar como as capacidades estatais são postas em ação.

A análise dos arranjos de implementação se debruçou sobre os instrumentos utilizados pelo MS como estratégia de adaptação às novas regras orçamentárias que foram se apresentando no período de 2013 a 2025. Sendo assim, a pesquisa se limitou a analisar os instrumentos utilizados pelo gestor federal do SUS, ou seja, considerou apenas o ponto de vista do Executivo, mais especificamente, o ponto de vista da burocracia estatal.

O período de 2014 a 2022 foi marcado por um fortalecimento do Legislativo, com os deputados federais e senadores ganhando cada vez mais capacidade de definição alocativa. Nesse período, os principais instrumentos mobilizados por eles foram as emendas parlamentares e a impositividade. Na tentativa de manter controle sobre seu orçamento, o MS precisou encontrar, ele próprio, os instrumentos capazes de garantir algum controle sobre seu orçamento e sua posição no arranjo.

Os instrumentos, aqui entendidos como instituições, são dispositivos, ao mesmo tempo técnicos e sociais, que organizam as relações sociais. Como instituições, atuam na regulação do comportamento dos diversos atores participantes do campo, influenciando a sua atuação. No caso dos instrumentos mobilizados pelo MS, seu objetivo é mediar as decisões alocativas dos parlamentares, visando direcionar suas emendas para os programas de interesse da gestão e reduzir as distorções observadas na distribuição regional de recursos orçamentários.

Os principais instrumentos utilizados pelo MS para regular a aplicação das emendas parlamentares no período de 2014 a 2022 foram os programas, as portarias e cartilhas e os impedimentos de ordem técnica.

Cumprir destacar que, no período imediatamente anterior à 2014, a discricionariedade era o principal instrumento utilizado pelo MS para regular seu relacionamento com o Legislativo. Esse instrumento permitia que gestor federal do SUS escolhesse quais emendas seriam ou não executadas e quando. Apesar de ter sua aplicação limitada pelo fato de os parlamentares destinarem suas emendas para despesas com ASPS, que representam gastos obrigatórios, a discricionariedade era o instrumento utilizado pelo MS para manter sua capacidade no arranjo de implementação.

Importante mencionar que a discricionariedade, apesar de uma característica das despesas públicas, foi classificada como instrumento no âmbito do arranjo de implementação do processo orçamentário do MS em vista de atuar como instituição no sentido sociológico. Além disso, a discricionariedade permite uma distribuição de poder entre Executivo e Legislativo no que tange a alocação orçamentária.

A partir de 2014, ante a impossibilidade de utilizar da discricionariedade para selecionar as emendas que seriam executadas, o MS precisou mudar sua estratégia e passou a utilizar os programas como instrumento de direcionamento de recursos. Mesmo não tendo caráter vinculativo, a apresentação dos programas possibilita que o CN tenha conhecimento prévio das prioridades do SUS e possam considerá-las como opção de direcionamento de suas emendas. De forma complementar, os programas são sistematizados em cartilhas que são disponibilizadas aos parlamentares durante a fase de proposição de emendas ao PLOA. As cartilhas, em conjunto com as portarias anuais de regulamentação, são instrumentos normatizadores. Enquanto as cartilhas apresentam as regras processuais a serem seguidas para garantir a execução das emendas, as portarias estabelecem as regras legais que devem ser observadas no momento da proposição das emendas.

Os impedimentos de ordem técnica, também utilizado pelo MS, impõe às emendas um critério técnico mínimo, atuando como uma barreira para impedir transferências indevidas de recursos. Apesar do seu potencial regulador, as hipóteses de aplicação dos impedimentos se restringem àquelas presentes na LDO e nas portarias reguladoras, sendo limitado o poder de inclusão de novas hipóteses de aplicação de impedimentos³¹.

³¹A partir de 2024, as hipóteses de aplicação de impedimento de ordem técnica passaram a constar na LC210/2024.

Assim como ocorreu com a discricionariedade, os impedimentos de ordem técnica também não são instrumentos clássicos, mas optou-se por classificá-los como instrumento por algumas características específicas relacionadas a sua funcionalidade no interior do arranjo.

O desenho dos arranjos de implementação permitiu que se identificassem dois diferentes momentos de equilíbrio no relacionamento entre os atores, além do período inicial, que se encerra em 2013 e tem o Executivo como ator principal e com maior capacidade alocativa. Se no período de 2014 a 2022 os instrumentos utilizados pelo MS foram desenhados como resposta ao fortalecimento do Legislativo, a partir de 2023 eles passaram a ser ditados pelo Judiciário, que ganhou protagonismo no arranjo com a utilização do instrumento das decisões judiciais.

Essa nova configuração que se estabelece a partir de 2023 obrigou o MS a incorporar outros instrumentos ao seu portfólio. Como consequência das decisões judiciais relativas ao julgamento da ADPF 854, foi definida uma nova hipótese de impedimento de ordem técnica, que condiciona a execução das emendas parlamentares a sua compatibilização com o planejamento setorial. No caso do MS, é preciso comprovar que as emendas são compatíveis com a PAS, tanto no nível federal, quanto nos níveis estadual e municipal. Essa modificação trouxe de volta o debate acerca da utilização do planejamento como instrumento definidor de prioridades de gastos e indutor da programação orçamentária.

Outra modificação decorrente das decisões judiciais, foi a edição de uma portaria de regulamentação específica para as emendas coletivas, que passaram a ter caráter estruturante, no caso das emendas de bancada estadual, e de interesse nacional, no caso das emendas de comissão. A partir dessa modificação, um novo instrumento foi criado pelo MS: as linhas prioritárias.

Se por um lado, a nova hipótese de impedimento de ordem técnica tende a fortalecer o instrumento do planejamento, por outro lado, a definição de linhas prioritárias como direcionadoras das emendas coletivas vai no sentido oposto, impondo prioridades para a alocação parlamentar que estão apartadas do planejamento setorial.

Discutiu-se, então, a necessidade de fortalecimento do planejamento como o instrumento base, tanto para a definição dos programas prioritários que constarão nas cartilhas, como para definição das linhas prioritárias que direcionarão recursos das emendas coletivas.

Conforme discutido no Capítulo 4, a CF88 destacou a centralidade do planejamento para a definição alocativa, tendo o papel de ordenar as prioridades do governo e servir como guia para a tomada de decisão. Entretanto, o que se observa desde o final dos anos 1990 é um

enfraquecimento desse instrumento, impactando diretamente na condução das políticas públicas e no monitoramento dos seus resultados.

Uma das consequências atuais do processo de enfraquecimento desse instrumento é a indisponibilidade de recursos humanos capacitados e de recursos financeiros direcionados para sua capacitação. No caso da política de saúde, cujo processo de planejamento é ascendente e a implementação da política é impactada pelas diferentes capacidades estatais dos estados e municípios, o desafio de retomada do planejamento como instrumento direcionador de prioridades é ainda maior.

Além do planejamento, também foi sugerido pela pesquisa a incorporação de outros dois instrumentos: os critérios de rateio e a regionalização. De certa forma complementares, esses instrumentos teriam como objetivo adequar a alocação das emendas de acordo com a organização do sistema de saúde. Como as emendas parlamentares representam, na prática, uma transferência de recursos da União para estados e municípios, deveriam, pois, seguir os critérios definidos na LC141/2012.

A lógica municipalista de alocação das emendas parlamentares, por sua vez, não é capaz de promover melhorias distributivas, uma vez que o sistema de saúde está estruturado em regiões de saúde e Redes de Atenção à Saúde que levam em consideração, entre outros, a capacidade de oferta de serviços de saúde de cada ente. Assim, utilizar os critérios de rateio como instrumento regulador das emendas parlamentares tem potencial de reduzir desigualdades regionais, além de favorecer a estrutura de governança do SUS.

Atualmente, o arranjo de implementação parece estar passando por um momento de instabilidade. O Judiciário passa a mobilizar novos instrumentos que podem gerar mais tensões entre os Poderes, a exemplo das recentes condenações de parlamentares por uso indevido de emendas parlamentares na área da saúde (PGR, 2026). A atuação dos Poderes Executivo e Legislativo, por sua vez, é incerta, especialmente em vista do processo eleitoral que se aproxima. Independente do cenário que se molde no futuro próximo, dificilmente o Legislativo perderá, no curto prazo, o espaço conquistado no orçamento.

Ante ao exposto, a pesquisa conclui que a melhor escolha para o MS nesse cenário é seguir utilizando os instrumentos de que dispõe, especialmente aqueles classificados como direcionadores. Propõem-se um fortalecimento do instrumento de planejamento, que auxiliaria tanto na definição das linhas prioritárias como também no mapeamento das prioridades regionais.

A utilização desses instrumentos, em conjunto com os instrumentos técnicos e normatizadores, são a melhor forma de se relacionar com os demais atores do arranjo de implementação, além de ter potencial para fortalecer uma alocação mais equânime e alinhada às diretrizes da política pública de saúde.

Apesar do escopo da pesquisa abranger apenas o arranjo orçamentário federal, ante a estrutura de governança do SUS, os atores subnacionais são também peças-chave desse processo. Assim, uma das limitações da pesquisa está relacionada a falta de um mapeamento das articulações interfederativas e do seu papel na efetivação dos instrumentos reguladores, especialmente a partir de 2025, quando a PAS ganha relevância na aprovação das emendas parlamentares.

Também não foi abordada pela pesquisa a participação do controle social no processo orçamentário. Os Conselhos de Saúde têm uma atuação importante junto às secretarias de saúde, tanto na etapa de execução orçamentária como também na prestação de contas. Uma maior articulação do MS com os Conselhos poderia se caracterizar como um possível instrumento de regulação das emendas. Entretanto, uma pesquisa mais aprofundada é necessária para identificar a situação atual desse relacionamento e sua efetividade em regular as definições alocativas dos parlamentares.

Por uma limitação de tempo, outras questões relevantes também ficaram pendentes de análise, tais como os saldos empoçados nas contas dos Fundos de Saúde, o pagamento de pessoal com recursos de emendas e os limites anuais de incremento ao custeio como único critério alocativo para as emendas individuais. Sendo assim, trabalhos futuros podem se debruçar sobre essas questões na tentativa de avaliar sua pertinência para os resultados alocativos e, a partir disso, sugerir a incorporação pelo MS de outros instrumentos de regulação das emendas parlamentares.

Por fim, não se pode perder de vista a escolha por direcionar o foco da pesquisa para a atuação do Ministério da Saúde no arranjo de implementação e, portanto, se limitar a apresentar a perspectiva desse Órgão, que pertence à estrutura do Poder Executivo Federal. As perspectivas dos Poderes Legislativo e Judiciário não foram alvo de análise, podendo ser incluídas em agenda futura de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ACCIAI, Claudia; CAPANO, Giliberto. Climbing down the ladder: a meta- analysis of policy instruments applications. 2018.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, jun. 2004.

BARCELOS, Carlos Leonardo Klein. **Governança orçamentária e mudança institucional: o caso da Norma Geral de Direito Financeiro - Lei nº 4.320/64**. Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

BARCELOS, Carlos Leonardo Klein; COUTO, Leandro Freitas; CALMON, Paulo Du Pin. Mudanças recentes na governança orçamentária federal: um novo regime a partir da Emenda Constitucional nº 95? *In*: COUTO, Leandro Freitas; RODRIGUES, Júlia Marinho (Orgs.). **Governança orçamentária no Brasil**. Rio de Janeiro/Brasília: Ipea/Cepal, 2022.

BIJOS, Paulo Roberto Simão; ALMEIDA, Dayson Pereira B. de. **Projeções fiscais e orçamentárias: o desafio das despesas discricionárias**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2025. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2025/ET_042025_0204Projeesfiscaiseoramentriasodesafiodasdespesasdiscricionrias.pdf> . Acesso em: 25 jun. 2025.

BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. Inconstitucionalidade das “Indicações Parlamentares” em Emendas ao Orçamento. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, v. 12, n. 2205, p. 1–12, 2022.

BORGES, Ana Claudia Castro Silva. Governança Orçamentária: uma perspectiva institucionalista. *In*: COUTO, Leandro Freitas; RODRIGUES, Júlia Marinho (Orgs.). **Governança orçamentária no Brasil**. Rio de Janeiro/Brasília: Ipea/Cepal, 2022.

BRAGA, José Carlos de Souza; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00325020, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. . 1990.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. . 1993.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. . 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. . 2012.

BRASIL. Lei nº 12.952 de 20 de janeiro de 2014 (LOA 2014). . 2014.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. . 2017.

BRASIL. PEC 188, de 5 de novembro de 2019. . 2019 a.

BRASIL. Lei nº13.898 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019 (LDO2020). . 2019 b.

BRASIL. **Manual Técnico do Plano Plurianual do Governo Federal 2020-2023**. Brasília: Ministério da Economia, 2019c.

BRASIL. Lei nº 13.978, de 17 de janeiro de 2020 (LOA 2020). . 2020.

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. . 2023 a.

BRASIL. Portaria nº449, de 5 de abril de 2023. . 2023 b.

BRASIL. **Relatório de Gestão Integrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_integrado_gestao_tcu_ms_2024.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. **Cartilha de Emendas Parlamentares PLOA 2025**. BrasíliaMinistério da Saúde, , 2024b.

BRASIL. Portaria nº 3.283, de 7 de março de 2024. . 2024 c.

BRASIL. Lei Complementar nº 210, de 25 de novembro de 2024. . 2024 d.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 6.904, de 28 de abril de 2025. . 2025 a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 6.928, de 28 de maio de 2025. . 2025 b.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

CAPANO, Giliberto; HOWLETT, Michael;; RAMESH, M. Re-thinking governance in public policy: dynamics, strategy and capacities. *In*: CAPANO, Giliberto; HOWLETT, Michael;; RAMESH, M. (Eds.). **Varieties of governance: dynamcs, strategies, capacities**. New York: Palgrave Macmillan, 2015. p. 3–16.

CARDOSO JR, José Celso. Dominância financeira e privatização das finanças públicas no Brasil: arranjo normativo e nefastas implicações ao desenvolvimento nacional. *In*: COUTO, Leandro Freitas; RODRIGUES, Júlia Marinho (Orgs.). **Governança orçamentária no Brasil**. Rio de Janeiro/Brasília: Ipea/Cepal, 2022.

CARDOSO JR., José Celso; SIQUEIRA, Carlos Henrique R. de (ORGS.). **Diálogos para o desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2009.

CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva. Financiamento do SUS e emendas parlamentares: uma análise da desigualdade das transferências de incremento ao custeio de serviços no período de 2019 a 2024. **Texto para discussão 3149**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2025.

CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualidade da informação sobre recursos federais alocados por emendas parlamentares à saúde (2014-2024). **Texto para Discussão 3150**, 4 ago. 2025.

CONGRESSO NACIONAL. **Glossário de Termos Orçamentários**. Brasília: Grupo de Trabalho Permanente de Integração da Câmara dos Deputados com o Senado Federal, 2020. Disponível em: <<https://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/584776>>

COUTO, Leandro Freitas; CARDOSO JR, José Celso. A função dos Planos Plurianuais no direcionamento dos orçamentos anuais: avaliação da trajetória dos PPAs no cumprimento da sua missão constitucional e o lugar do PPA 2020-2023. **Texto para discussão 2549**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2020.

COUTO, Leandro Freitas; CARDOSO JR, José Celso Cardoso. Governança Orçamentária: transformações e lacunas nas práticas de planejamento e orçamento no Brasil. **Boletim de análise político-institucional**, n. 19, 2018.

DE TONI, Jackson. A retomada do planejamento estratégico governamental no Brasil: novos dilemas e perspectivas. *In*: GIMENE, Márcio; COUTO, Leandro Freitas (Orgs.). **Planejamento e orçamento público no Brasil**. Brasília: ENAP, 2017.

FARIA, Rodrigo Oliveira de. **Emendas parlamentares e processo orçamentário no presidencialismo de coalizão**. São Paulo, SP: Open Access, 2023.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; DOMINGUEZ, Maria. O fortalecimento do Congresso é o fim do presidencialismo de coalizão? **Revista Inteligência**, v. 26, n. 104, p. 126–133, mar. 2024.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Mudança Constitucional, Desempenho do Legislativo e Consolidação Institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 10, n. 29, p. 1–28, 1995.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Emendas Individuais, execução orçamentária e apoio ao governo. *In*: **Política Orçamentária no Presidencialismo de Coalizão**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 133–150.

FISCHER, Frank *et al.* Introduction. *In*: **Handbook of Critical Policy Studies**. [S.l.]: Edward Elgar Publishing, 2016. p. 1–12.

FNS. **Ajustes necessários na PAS para pagamento**. 1 vídeo (1min), 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FPNn8_4ZLEo>. Acesso em: 18 mar. 2026

FREIRE, Núbia de Lima. **Análise da contribuição do Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (SIPLAM) para o fortalecimento do monitoramento e da gestão do Plano Plurianual e do Plano Nacional de Saúde, vigentes para o setor saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso—Brasília: Universidade de Brasília, 2020.

FUNCIA, Francisco; NORONHA, José. A reforma tributária e a saúde. Afinal, para que pagamos impostos e a quem eles servem? **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 721–724, out. 2023.

GIMENE, Márcio; COUTO, Leandro Freitas (ORGS.). **Planejamento e orçamento público no Brasil**. Brasília: ENAP, 2017.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. *In*: GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. (Eds.). **Capacidades Estatais e Democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014. p. 15–28.

GREGGIANIN, Eugênio. Emendas orçamentárias: importância para os municípios, execução das emendas, orçamento impositivo, orçamento participativo. **Estudo Técnico nº 16**, Câmara dos Deputados. COFF. 2014.

HOOD, Christopher. Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades. **Governance**, v. 20, n. 1, p. 127–144, jan. 2007.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. The two orders of governance failure: Design mismatches and policy capacity issues in modern governance. **Policy and Society**, v. 33, n. 4, p. 317–327, 1 dez. 2014.

IBGE, Coordenação de Contas Nacionais (ORG.). **Conta-satélite de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Ibge, 2024.

JACCOUD, Luciana; MENESES, Aérica. Coordenação e relações intergovernamentais no SUS - o Pacto pela Saúde e seu legado. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília, DF: Ipea, 2020.

LASCOURMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. Introduction: understanding public policy through its instruments—from the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institution**, v. 20, n. 1, p. 1–21, jan. 2007.

LE GALÈS, Patrick. Policy instruments and governance. In: BEVIR, Mark (Ed.). **The SAGE handbook of governance**. London: SAGE Publications Ltd, 2010. p. 142–159.

LIMA, Luciana Dias De *et al.* Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00094618, 2019.

LIMA, Nísia Trindade *et al.* (ORGS.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. [S.l.]: Editora FIOCRUZ, 2005.

MASCARENHAS, Gisela da Costa *et al.* Critérios de rateio de recursos financeiros no SUS para reduzir desigualdades regionais: uma análise normativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e01612024, 20 out. 2025.

MATTA, Fabiana Almeida da. **Metodologia para estimativa da necessidade de financiamento do SUS**. Dissertação (mestrado)—Brasília: IPEA, 2018.

MATTHEWS, Felicity. Governance and state capacity. In: LEVI-FAUR, David (Org.). **The Oxford handbook of governance**. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 281–293.

MATTOS, Miguel Ragone de. Recursos orçamentários observados como bem comum. In: COUTO, Leandro Freitas; RODRIGUES, Júlia Marinho (Orgs.). **Governança orçamentária no Brasil**. Rio de Janeiro/Brasília: Ipea/Cepal, 2022. p. 33–58.

MAUÉS, Antonio Moreira. **EC 135 mostra que ajuste fiscal tem prioridade sobre gasto social**. **Consultor Jurídico**, 21 fev. 2025. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2025-fev-21/ec-135-24-tudo-como-dantes-no-quartel-de-abrantes/>>. Acesso em: 10 set. 2025

MORGAN, David L. Snowball Sampling. *In*: GIVEN, L. (Ed.). **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc., 2008. p. 816–817.

NORTH, Douglass C. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**, v. 5, n. 1, p. 97–112, 1 fev. 1991.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; BENEVIDES, Rodrigo Pucci De Sá E.; MELO, Mariana. **SUS : o papel das emendas parlamentares no combate à pandemia em 2020**. [S.l.]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 10 out. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12391/1/NT_106_Disoc_SUS.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

OPAS. **30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde: [S.n.].

PAIM, Jairnilson. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. v. 1

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 29–47, 1992.

PAIVA, Andrea Barreto de; GONZALEZ, Roberto; BENEVIDES, Rodrigo. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, Luciana (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020.

PERLIN, Giovana; SANTOS, Manoel Leonardo (ORGS.). **Presidencialismo de coalizão em movimento**. Brasília: Câmara dos Deputados - Coordenação Edições Câmara, 2019.

PETERS, B. Guy. Is governance for everybody? **Policy and Society**, v. 33, n. 4, p. 301–306, 1 dez. 2014.

PGR. **A pedido do MPF, Supremo condena deputados federais que cobravam propina em troca de emendas parlamentares**. Notícia. Disponível em: <<https://www.mpf.mp.br/o-mpf/unidades/procuradoria-geral-da-republica-pgr/noticias/a-pedido-do-mpf-supremo-condena-deputados-federais-que-cobravam-propina-em-troca-de-emendas-parlamentares>>. Acesso em: 20 mar. 2026.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. **Texto para discussão 2497**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2019.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre De Ávila. Arranjos de implementação e ativação de capacidades estatais para políticas públicas: uma abordagem analítica. **Revista de Sociologia e Política**, v. 32, n. 022, p. 17, 2024.

RIBEIRO, Romiro. Empoderamento do Congresso Nacional, orçamento secreto e outras distorções do orçamento público: proposta de mudança. **Revista Cadernos de Finanças Públicas**, n. 03, p. 1–31, 2022.

SANTOS, Adriano Maia Dos; GIOVANELLA, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, ago. 2014.

SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 8, p. 21, 2024.

SANTOS, Eugênio Andrade Vilela dos. O confronto entre o planejamento governamental e o PPA. In: CARDOSO JR., José Celso; SIQUEIRA, Carlos Henrique R. de (Orgs.). **Diálogos para o desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2009.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. Consultor Jurídico**, 12 abr. 2025. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>>. Acesso em: 6 ago. 2025

SILVA, André Schimidt da *et al.* Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, p. 1–12, 2024.

SILVA, Renan Carlos Freitas Da *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300331, 2020.

STF. Acórdão 19/12/2022. Referendo na Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 854. **Plenário**. 2022.

STF. Decisão de 31/12/2024. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 854. **Min. Flávio Dino**. 2024.

TCU. **Acórdão 287/2016 - Plenário**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A287%2520ANOACORDAO%253A2016%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0>. Acesso em: 10 mar. 2026

TOLLINI, Hélio; MENDES, Marcos. **É assim em todo lugar? Emendas parlamentares no Brasil e em 11 países da OCDE**. Inspre, , 2024. Disponível em: <<https://repositorio-api.insper.edu.br/server/api/core/bitstreams/f61a8fa0-b03f-4e89-9956-bb98e77b1753/content>>. Acesso em: 2 ago. 2025

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco *et al.* Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00007323, 22 abr. 2024.

UOL. **Elmar Nascimento fala de Lula e Lira, ministro do Turismo, julgamento de Bolsonaro**. : UOL Entrevista.1 vídeo (57:07 min), 21 jun. 2023. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Nx0LOTQrAS8>>. Acesso em: 6 out. 2025

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde**. Brasília, DF: Ipea, 14 out. 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/15997/1/TD_3048_web.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; LIMA, Luciana Dias De. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 123, 7 dez. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: Resultados e argumentos a seu favor. **Texto para discussão 2516**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2019.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

VOLPE, Ricardo Aberto. O papel das emendas parlamentares no presidencialismo de coalizão. Análise da execução antes e após o orçamento impositivo (EC 86/2015). **Cadernos ASLEGIS**, v. 56, p. 83–118, 2019.

APÊNDICE

Roteiro para entrevistas

Parte 1 – Contribuições para o desenho do arranjo de implementação

1. Foi necessária alguma modificação nos processos de trabalho da área como consequência da aprovação da EC86 em 2015? Quais?
2. Eram utilizados instrumentos para regular as emendas parlamentares antes de 2014?
 - 2.1. Existiam critérios claros ou variavam de acordo com definições políticas?
 - 2.2. Como é atualmente?
3. Na sua opinião os parlamentares devem ser livres para fazer suas próprias escolhas alocativas no que diz respeito a despesas com ASPS da União ou é importante que o MS utilize algum instrumento para direcionar a alocação das emendas de acordo com os interesses do Executivo?
4. Na sua opinião, o planejamento federal é um instrumento importante para regular a definição alocativa pelos parlamentares?
5. Você concorda que seja imposta a utilização dos critérios de rateio da LC141/2012 para as emendas parlamentares coletivas ou deve ser definida uma nova regra específica para a distribuição regional das emendas?
6. Alguma outra consideração?

Parte 2 – Avaliação dos arranjos e instrumentos mapeados

1. Favor avaliar as figuras representativas dos arranjos de implementação.

Os atores, instrumentos e as suas respectivas participações e relevâncias estão de acordo com a realidade? Quais modificações ou inclusões/exclusões de atores/instrumentos precisam ser feitas para melhor representar cada uma das configurações do arranjo?

2. Como você enxerga as tendências para o futuro das emendas parlamentares? Na sua opinião, o cenário atual é reflexo de uma conjuntura e o arranjo tende a se encaminhar para uma estabilização ou você acredita que ainda há muita instabilidade institucional e o legislativo vai voltar a pressionar por mais poder de decisão alocativa?
3. Alguma consideração final?
4. Pedir indicação de entrevistado(a).