

Emendas parlamentares individuais e a equidade na política pública de saúde

Individual parliamentary amendments and equity in public health policy

Silvana Aparecida Medina¹
Universidade Federal de Viçosa – UFV
silvanamedina58@yahoo.com.br

Marco Aurélio Marques Ferreira¹
Universidade Federal de Viçosa – UFV
marcoaurelio@ufv.br

Daiane Medeiros Roque Ferreira¹
Universidade Federal de Viçosa – UFV
daiane.roque@ufv.br

Igor Américo dos Santos¹
Universidade Federal de Viçosa – UFV
igor.americo@ufv.br

Resumo: Em um período marcado pela escassez de recursos, as Emendas Parlamentares Individuais (EPI) contribuem com o aporte financeiro para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Diante disso, este artigo tem como objetivo analisar se o processo de alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) visam reduzir as iniquidades em saúde. Para tanto, a partir de aspectos epidemiológicos e socioeconômicos, foi construído o Índice de Condição de Saúde (ICS) do período anterior e posterior à implementação da impositividade das EPI. Em seguida, analisou a distorção existente entre o ICS e as EPIS. Os resultados indicaram incremento de recursos à saúde via EPI em municípios anteriormente desassistidos, bem como o aumento dos valores *per capita* recebidos. Evidenciou-se também, que a maioria dos municípios brasileiros receberam EPIS proporcionais à sua necessidade em saúde, indicando que as emendas podem estar minimizando as disparidades existentes na saúde,

¹ Universidade Federal de Viçosa — Av. P H Rolfs – CEP 36570-900 – Viçosa (MG) – Brasil
Este é um artigo de acesso aberto, licenciado por Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), sendo permitidas reprodução, adaptação e distribuição desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

destarte, ainda persistem as iniquidades alocativa das EPIS, uma vez que, existem municípios que receberam os recursos muito além ou aquém de suas necessidades.

Palavras-chave – Equidade; Emendas parlamentares individuais; Atenção primária à saúde; Financiamento.

Abstract: In a period marked by the scarcity of resources, the Individual Parliamentary Amendments (EPI) contribute with the financial contribution to public health actions and services (ASPS). Therefore, this article aims to analyze whether the allocation process of Individual Parliamentary Amendments for Health (EPIS) aims to reduce health inequalities. For this purpose, based on epidemiological and socioeconomic aspects, the Health Condition Index (ICS) was constructed for the period before and after the implementation of the imposition of PPE. Then, it analyzed the existing distortion between the ICS and the EPIS. The results indicated an increase in health resources via PPE in previously unassisted municipalities, as well as an increase in per capita amounts received. It was also evident that most Brazilian municipalities received EPIS proportional to their health needs, indicating that the amendments may be minimizing the existing disparities in health, thus, the allocative inequities of EPIS still persist, since there are municipalities that received resources well in excess or short of their needs.

Keywords – Equity; Individual parliamentary amendments; Primary health care; Financing.

Introdução

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

Dentre as medidas relacionadas à saúde coube ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício mediante a formulação e execução de políticas econômicas e sociais. No entanto, a desproporcionalidade de acesso à saúde pública permanece entre os municípios brasileiros (MARTIN *et al*, 2020).

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

Pesquisas apontam que entre 1995 e 2015, os gastos federais com o SUS mantiveram-se, em média, 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), no entanto, com a implementação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95/2016), há projeções de redução para 1,0% até 2036 (CFM, 2018). Portanto, o “congelamento” do gasto federal poderá provocar grandes dificuldades para o financiamento da saúde pública, pois estados e municípios possivelmente terão dificuldades em absorver o impacto da perda destes recursos, sobretudo os municípios de pequeno porte (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

As despesas com saúde que, na Constituição Federal de 1988 (CF/88), receberam tratamento diferenciado, a fim de que fossem protegidas e não ficassem sujeitas às discricionariedades dos diferentes governos, em 2015, tiveram suas regras alteradas por meio da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015) (BRASIL, 2015), que modificou a forma de vinculação e propôs o escalonamento, com redução de recursos para a saúde. Mas, garantiu que as Emendas Parlamentares Individuais (EPI) se tornassem impositivas ao orçamento no limite de 1,2% da receita corrente líquida (RCL) prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo Federal, sendo que a metade deste percentual deveria ser destinado às ações e serviços públicos de saúde (ASPS) (BRASIL, 2015).

A impositividade proposta pela EC 86/2015 foi concebida na tentativa de equalizar os poderes e reduzir o poder de alocação discricionária de recursos públicos pelo governo federal, pois, anterior à EC 86/2015, a execução das EPI era um mecanismo que o Executivo dispunha para negociar suas preferências com a coalizão no Congresso (TAVARES, 2016; PEREIRA; MUELLER, 2004).

Por meio das emendas, os parlamentares aprimoram a proposta orçamentária do Poder Executivo e têm a possibilidade de reduzir as desigualdades regionais, refletida em melhorias nos indicadores sociais,

ao direcionar recursos para políticas amplas, e para as regiões mais carentes, priorizando áreas como a saúde, educação, saneamento, entre outros (OLIVEIRA, 2018; BAPTISTA *et al.*, 2012; CARVALHO, 2007; AMES, 2003). Por isso a obtenção de recursos complementares torna-se importante à gestão local e, os gestores municipais “lançam mão” das articulações políticas para conseguirem as EPI, de execução impositiva, que se apresentam como apoio à manutenção e garantia das políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2018).

Em um cenário de recursos escassos a universalização da saúde encontra restrições e dificuldades políticas, institucionais e de gestão. Nesse contexto, as EP acirram interesses, e muitas vezes, reforçam práticas que colidem com os propósitos de fortalecimento dos investimentos federais em uma perspectiva de redução de desigualdades e vulnerabilidade sociais e em saúde no país, distanciando-se da equidade (RODRIGUES, 2018). Pois os parlamentares são tendenciosos a concentrarem suas ações no reduto eleitoral, bem como, para localidades que possam lhes prospectar votação significativa na expectativa de garantir a reeleição (RODRIGUES, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; RAMOS, 2012; LEMOS; RICCI, 2011; SAMUELS, 2002).

A EC 86/2015, nos propõe a refletir que os parlamentares, ao determinarem que metade dos valores das EPI sejam destinados à saúde, estejam buscando alternativas para equalizar o sistema de partilha de transferências intergovernamentais e, com isso, tentam minimizar as iniquidades do sistema público de saúde brasileiro. Sob essa lógica, é possível propor a questão que irá nortear esta pesquisa: o processo alocativo das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) tem sido equitativo em relação às condições de vulnerabilidade em saúde?

Tal questionamento se justifica, uma vez que, no setor de saúde, as EPIS apresentam-se como uma oportunidade de correção de assimetrias não atendidas pelas vias orçamentárias primárias (PPA/LOA). Entretanto é um tema que ainda causa grande controvérsia no país, em especial após a limitação do uso das chamadas Emendas de Relator (RP-9) pelo STF em dezembro de 2022, basicamente em função de sua distribuição “pouco transparente e com critérios pouco objetivos” entre parlamentares e/ou diretamente para prefeituras e entidades filantrópicas. Em 2023 estavam previstos cerca de R\$ 19,5 bilhões para Emendas de Relator; recurso este redistribuído entre o Executivo e o próprio Legislativo, em Emendas

Parlamentares Individuais (EPI), devendo estas serem reequilibradas com o mínimo constitucional para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Todavia, há expectativa de que os parlamentares disponibilizam os recursos financeiros priorizando o ganho político em detrimento ao bem estar social ou à efetividade alocativa no setor. Neste sentido o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de alocação das EPIS nos municípios brasileiros e sua relação com a vulnerabilidade em saúde.

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

Entretanto, poucos são os estudos que se dedicaram a analisar as emendas parlamentares destinadas à saúde (BAPTISTA *et al*, 2012; BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020). Este estudo, portanto, avança ao analisar o processo alocativo das EPIS sob a ótica das vulnerabilidades em saúde nos municípios brasileiros, a partir da construção de um indicador de desempenho, ou seja, pela elaboração de uma ferramenta de apoio ao Processo de Tomada de Decisão (PTD) para o Legislativo – denominado Índice de Condição de Saúde (ICS) – a fim de identificar se este processo tem sido direcionado à correção de assimetrias em saúde, bem como, auxiliado os gestores municipais a atender suas demandas locais e alcançar efetividade na política pública.

Revisão de Literatura

Equidade na saúde: uma questão de política pública

A saúde, direito de todos e dever do Estado, nos termos da CF/88, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, com acesso universal e igualitário. No entanto, apesar dessas garantias, ainda persistem grandes desigualdades em sua oferta e desempenho no país (Martin *et al*, 2020).

Granja, Zoboli e Fracolli (2013) e Travassos e Castro (2012), apontam que o conceito de equidade em saúde se concentra em tratar todos de forma igualitária, preponderando a ideia da igualdade e da universalidade ao acesso; e tratar os desiguais na medida de suas desigualdades, priorizando os mais

necessitados, segundo a condição socioeconômica e os grupos específicos, conforme os critérios de risco. Ao priorizar os mais necessitados, sob o ponto de vista econômico, denota a preocupação com a vulnerabilidade apresentada pelos grupos desfavorecidos. No entanto, Lucchese (2003) aponta que a equidade é a alocação de recursos capaz de proporcionar maior benefício e mais saúde para o maior número de pessoas. E que a distinção tem a possibilidade de gerar práticas injustas ou discriminatórias contra grupos minoritários.

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

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

Apesar da coordenação federativa, dos investimentos e avanços no sistema de saúde pública brasileiro, há ainda um caminho a percorrer para prover um sistema de saúde universal, integral e equânime. Fatores como desigualdade política, social e as barreiras de acesso aos usuários apresentam como as multidimensões das vulnerabilidades em saúde, que consideram elementos epidemiológicos, de recursos e utilização dos serviços de saúde, sociais e econômicos (MACEDO; FERREIRA, 2020).

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

Política pública que se fundamenta no princípio da equidade estabelece que maior atenção deve ser dada às localidades que apresentem as maiores necessidades em saúde (JÚNIOR; FAHEL; MOREIRA, 2014). Entretanto, diversos fatores podem interferir na alocação dos recursos para as políticas públicas, como fatores políticos e as características da burocracia local, responsável pela execução das verbas orçamentárias (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020). Portanto, a equidade em saúde perpassa pelas capacidades administrativas, econômicas e institucionais dos municípios, e muitas vezes estão fora do controle imediato do setor da saúde (MACEDO; FERREIRA, 2020).

Mas, desde a CF/88, é consenso que os principais problemas do sistema de saúde pública brasileiro são o financiamento e a gestão (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), e, diversas iniciativas já foram e vem sendo implementadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos, a fim de melhorar o desempenho do sistema de saúde pública brasileira, como será descrito a seguir.

Financiamento da saúde pública

Alocar recursos suficientes ao SUS é premissa básica para o cumprimento, por parte do Estado, de seu dever de garantir acesso universal, igualitário e integral às ASPS. E, embora o SUS tenha promovido importantes avanços desde sua implementação, as desigualdades em saúde são inerentes ao modelo descentralizado de gestão do SUS e às heterogeneidades econômicas, sociais e técnicas dos municípios (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020).

Em 2000, a EC nº 29, como forma de assegurar recursos ao sistema, instituiu a vinculação orçamentária do gasto em saúde e definiu os montantes mínimos para as aplicações de recursos em ASPS pela União, Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios (SERVO *et al.*, 2011).

A União, no entanto, apesar de elevada participação no financiamento, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde. E, os recursos alocados aos municípios não têm sido suficientes (RODRIGUES, 2018). Em um contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios têm sido obrigados a alocar proporção de suas receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019; ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

E, mesmo diante do comprometimento das três esferas de governos e o aumento do volume de recursos para o SUS, estes mecanismos não têm sido capazes de garantir recursos financeiros suficientes, para que o sistema cumpra seus preceitos constitucionais de universalidade na cobertura e integralidade no atendimento (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Pois, apesar da ampliação da participação nos gastos da saúde, os governos locais ainda são muito dependentes das transferências intergovernamentais para prestar os serviços de saúde à população (ANTINARELLI; 2012; ARRETCHE; 2000).

Mesmo diante desta realidade, em 2015, foi aprovada a EC nº 86 que previu alteração na forma de financiamento da saúde, alterando o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS, adotando a vinculação à Receita Corrente Líquida (RCL). E ficou conhecida como Emenda do Orçamento Impositivo, pois tornou obrigatória a execução das EPI até o limite de 1,2% da RCL prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que metade do valor deve ser destinado ao financiamento de ASPS (BRASIL, 2015).

Destarte, as EPI são de indicação discricionária do parlamentar, não sendo obrigatória a observância do art. 17 da Lei Complementar nº 141/12, que dispõe que o rateio dos recursos vinculados às ASPS repassados pela União aos Estados, DF e Municípios deverá observar as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde (MONTEIRO; CEDRAZ; SILVA, 2018, p. 27), podendo os municípios que apresentam as maiores necessidades receberem menor volume de recursos (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020). Desse modo, na busca da equidade, os parlamentares deveriam pautar suas decisões de alocação de recursos em consonância às necessidades dos municípios (BIJOS, 2018).

Mas, apesar das controvérsias, as EPIS acabaram se tornando uma fonte alternativa e estratégica de recursos para financiar as ações municipais de saúde, pois permite aos parlamentares “ampliar” a alocação dos recursos públicos, assim como podem reforçar as práticas clientelistas e os desequilíbrios federativos, inserindo demandas de suas bases eleitorais no orçamento federal (RODRIGUES, 2019; DE CARVALHO; OLIVEIRA, 2017; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; BARBOSA; TRISTÃO, 1999).

As EPI, ao orçamento federal, portanto, têm propensão de reduzir as desigualdades regionais, refletida na melhoria dos indicadores sociais e de saúde. A relação entre financiamento e descentralização considera a possibilidade de utilização das EPI como mecanismo redistributivo e redutor das desigualdades, por ter a possibilidade de compensar as transferências previstas no sistema de partilha fiscal brasileiro (BAPTISTA *et al.*, 2012), sobretudo, para as áreas sociais e da saúde, onde há escassez de recursos e iniquidade das condições de financiamento (OLIVEIRA, 2018). Além da capacidade institucional, que é a capacidade do município estar apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020).

Ainda que se reconheçam importantes avanços promovidos pelo sistema público de saúde, como a significativa ampliação no acesso, possivelmente relacionado ao aumento da oferta de serviços e recursos humanos, o financiamento insuficiente de longo prazo é apontado como obstáculo relevante à sua implementação e efetividade (VIACAVA *et al.*, 2018). Para Paim (2018), esse subfinanciamento pode ser atribuído, principalmente, ao governo federal, e tem trazido grandes dificuldades para a manutenção da rede de serviços, remuneração dos trabalhadores e expansão da infraestrutura pública.

Procedimentos Metodológicos

A construção do Índice de Condições em Saúde (ICS)

Para auxiliar no processo de análise da equidade na alocação das EPIS nos municípios brasileiros foram usados como referência metodológica os pressupostos da Análise Fatorial Exploratória (AFE) para construção de um índice que evidenciasse as condições de saúde nos municípios brasileiros. No quadro 1

estão descritas as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas que foram utilizadas para captar as dimensões de necessidade em saúde da população.

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

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

Ainda sob os pressupostos metodológicos, utilizou-se como critério para avaliar a validade da AFE, a estatística KMO – Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Os resultados do teste KMO variam de 0 a 1. Quanto mais próximo a 1, “indicam que as variáveis compartilham um percentual de variância bastante elevado”. O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que as matrizes de correlação e identidade são iguais.

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

Assim, cada uma das observações (município) recebeu um escore fatorial que é o produto da multiplicação “do valor das variáveis padronizadas pelo coeficiente do escore fatorial correspondente” (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017, p. 110). Considerando os pressupostos metodológicos indicados acima, os fatores foram agregados pela Equação 01 (CUNHA *et al.*, 2008).

Outros estudos valeram-se desse procedimento para construir indicadores na área de saúde (MACEDO; FERREIRA, 2020), desenvolvimento rural (SANTOS; FERREIRA; CAMPOS, 2018) e

controle social (FERREIRA, 2015). A forma de agregação utilizada para construir o Índice de Condição em Saúde (ICS) foi com base em Macedo e Ferreira (2020), e considera a média ponderada dos fatores de condições em saúde, tendo como ponderação a representatividade total explicada para cada um dos fatores retidos na análise:

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

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

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

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

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

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

Emendas parlamentares individuais e a equidade na política pública de saúde

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

Na seleção das variáveis para a construção do ICS, conforme disposto no Quadro 1, alguns critérios foram considerados, tais como: a capacidade da variável em representar o conceito em estudo; a disponibilidade de dados longitudinais devido à sua atualização regular; a consistência metodológica; a ampla comparabilidade entre os entes federativos e a viabilidade operacional de obtenção desses dados por serem dados de fontes oficiais (JANNUZZI, 2005).

Quadro 1.

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

Variáveis	Definição	Base teórica	Base de dados
TSM	Taxa de sobrevivência em menores de 5 anos	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)
Txsob_ext	Taxa de Sobreviventes por Causas Externas	França <i>et al.</i> , 2017; Wiseman <i>et al.</i> , 2017	DATASUS - IBGE
PNV_PA	Proporção de Nascidos vivos com peso Adequado	Tourinho; Reis, 2012	DATASUS
TxC_pre_natal	Taxa de Cobertura de consulta pré-natal	Leal <i>et al.</i> , 2020; Ribeiro <i>et al.</i> , 2018	DATASUS - IBGE
PProf_S	Taxa de profissionais de saúde por habitante	Martin <i>et al.</i> ; 2020; Santos <i>et al.</i> ; 2012	DATASUS - IBGE
TxMed_AB	Taxa de Médicos na Atenção Básica	Scheffler <i>et al.</i> 2008, 2018; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012; Giovanella <i>et al.</i> ; 2016; Macedo; Ferreira; 2020; Martin <i>et al.</i> ; 2020	DATASUS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – IBGE
P_ES	Taxa de estabelecimentos de saúde	Martin <i>et al.</i> ; 2020	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Emendas parlamentares individuais e a equidade na política pública de saúde

PBF	Proporção de pessoas não Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Sousa; Dal Poz; Carvalho, 2012	Lei de Acesso à Informação (LAI)
TAIS	Taxa de Adequação Idade Série	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011;	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)
Tx_agua	Taxa da população coberta com abastecimento de água	Ferreira Junior <i>et al.</i> , 2017; Mendes; Leite; Marques, 2011	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) – IBGE
Pibp	Produto Interno Bruto <i>per capita</i>	Scheffler <i>et al.</i> , 2008, 2018	IBGE

O processo alocativo das EPIS e sua relação com o ICS

Após a construção do ICS, procedeu-se a comparação entre as informações dos municípios em relação às EPIS, nos períodos de 2011-2014 (governo Dilma I) e 2015-2018 (governo Dilma II e Temer), períodos estes, com aspectos relevantes de decisão na agenda governamental, como a busca pela reeleição, entre 2014 e 2015; e um processo de impeachment, encerrado em 2016, onde ambos podem ter influenciado e direcionado as decisões também do Legislativo quando da montagem de sua parte no orçamento público. Os valores das EPIS utilizados foram os valores empenhados *per capita*, destinados pelos deputados federais aos municípios.

O ICS foi calculado em 2011 e em 2015, primeiro ano de cada quadriênio, 2011-2014 e 2015-2018, respectivamente, utilizando as mesmas variáveis descritas no Quadro 1. O cálculo do índice em dois períodos temporais é importante para analisar a sensibilidade das condições de saúde às mudanças nas questões epidemiológicas e socioeconômicas, bem como a equidade na distribuição dos recursos públicos.

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

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

segundo, a condição de saúde foi considerada como boa. E, acima de dois desvios até o valor máximo, indicou condição em saúde muito boa.

Em relação aos valores recebidos via EPIS pelos municípios, considerou o valor médio dos quadriênios 2011-2014 e 2015-2018, e seguiu o mesmo raciocínio considerando o desvio padrão para a categorização, sendo apontado cinco faixas de valores: baixo, médio-baixo, moderado, médio-alto e alto valor *per capita*, respectivamente. Os dados referentes às EPIS foram obtidos através do sistema de informações sobre o orçamento federal chamado “Siga Brasil”, mantido pela Consultoria de Orçamento, Fiscalização e Controle do Senado Federal.

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

O cálculo da distorção foi realizado com base na categorização das EPIS recebida pelos municípios nos períodos 2011-2014 e 2015-2018 considerando a categorização do ICS de 2011 e 2015, respectivamente, a fim de identificar se a impositividade na alocação das emendas individuais teve como princípio norteador a destinação de recursos aos municípios com as maiores necessidades em saúde.

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

Resultados e Discussão

Construção do Índice de Condição de Saúde (ICS)

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

Emendas parlamentares individuais e a equidade na política pública de saúde

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

Tabela 1.

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

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

As variáveis “taxa de médicos da atenção básica” e “proporção de estabelecimento de saúde no município” apresentam valores médios considerados muito baixos, revelando as iniquidades do sistema de saúde brasileiro. E vão ao encontro do proposto por Martin *et al.* (2020) que afirmam que muitos municípios possuem pouca e precária infraestrutura e recursos financeiros para manutenção dos médicos. Corroborando também o proposto por Macedo e Ferreira (2020), que apontam que a distribuição de médicos é desigual, o que dificulta o acesso à saúde, bem como a efetividade da atenção básica e a cobertura universal em saúde. Scheffler *et al.* (2018) apontam ainda que esta realidade é mundial, uma vez que os resultados de sua pesquisa indicam que em 2030 haverá escassez destes profissionais, em 165 países, sobretudo, em países de baixa renda, devido às precárias condições sociais.

Já em relação à “proporção de profissionais de saúde que atendem no SUS por habitantes”, a média é elevada, corroborando com Souza, Dal Poz e Carvalho (2012), que apontam grandes melhorias na disponibilidade de profissionais de saúde no Brasil, no entanto, a maioria destes profissionais não são qualificados.

Emendas parlamentares individuais e a equidade na política pública de saúde

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

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

Variáveis	2011				2015				Fonte: Dados da pesquisa (2021)	
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4		
Txmed-AB	0,858				0,855					
PProf_S	-0,756				-0,819					
P_ES	0,625				0,656					
Pibp	0,463				0,450					
TAIS		0,780				0,844				
TxC_pre_natal		0,766				0,762				
PBF		0,682				0,764				
Tx_agua		0,519				0,437				
TSM			0,748				0,765			
PNV_PA			0,741				0,725			
Txsob_ext				0,889				0,899		
Auto valor	3,55	1,180	1,121	1,036	3,612	1,177	1,115	1,014		
%explicada	32,30	10,727	10,195	9,422	32,814	10,697	10,137	9,220		
	3									
KMO (0,803); $X^2(13176,198; p=0,000)$; Total explicado (62,647%)					KMO (0,814); $X^2(13527,407; p=0,000)$; Total explicado (62,894%)					

Em ambos os períodos o fator que mais contribuiu na explicação total foi o primeiro (F1), que agregou a variável socioeconômica, Produto Interno Bruto *per capita* (Pibp), às variáveis epidemiológicas, Taxa de Médicos na Atenção Básica (TxMed_AB), Proporção de Profissionais de saúde no SUS (PProf_S) e Proporção de Estabelecimento de saúde (P_ES), e, por isso, recebeu a denominação de Infraestrutura da saúde. Essa associação reforça os apontamentos da literatura ao indicar que a fixação e manutenção de profissionais de saúde, inclusive médicos, em uma localidade, sofre interferência dos estabelecimentos de saúde e da infraestrutura dos locais de atendimento, fator diretamente ligado às questões socioeconômicas dos municípios (MARTIN *et al*, 2020; ALBUQUERQUE, 2014; SANTOS *et al*, 2012). Giovanella *et al*.

(2016) aponta também que há uma menor fixação de médicos onde os profissionais possuem dificuldades geográficas de acesso à Unidade Básica de Saúde, ou percebem não serem capacitados para o trabalho, ou a infraestrutura e os recursos materiais são precários. Portanto, municípios com melhores condições socioeconômicas geralmente apresentam maiores quantidades de estabelecimentos adequados de saúde e tendem a ter melhor qualidade nas ASPS, refletindo na satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários (MARTIN *et al*, 2020).

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

O segundo fator (F2), agregou as Taxas de Adequação Idade e Série (TAIS), Taxa de Consultas Pré-natal (TxC_pre_natal), Proporção da população não Beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) e Taxa da população coberta com abastecimento de água (Txagua) e foi denominado de Desempenho social. Associação esta, que condiz com a literatura em relacionar à saúde a fatores socioeconômicos (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR,1999).

Este fator permite identificar que estas variáveis se complementam, como propõe Lapa (2018), uma vez que, o Programa Bolsa Família contribui para a inclusão social das famílias em condições vulneráveis e que os condicionantes do programa contribuem no acompanhamento dos beneficiários na educação e serviços de saúde, refletindo na saúde das gestantes. Assim, pode-se supor que estes fatores contribuem para que o acompanhamento do pré-natal seja realizado de forma adequada e evite problemas à mãe e ao nascituro, até sua vida adulta, conforme apontados por Leal *et al* (2020) e Ribeiro *et al* (2018).

O terceiro fator (F3), por sua vez, denominado de Efetividade da saúde básica, adiciona as Taxas de Sobrevivência em Menores de 5 anos (TSM) e Proporção de nascidos vivos com peso adequado (PNV_PA), reforçando a literatura que aponta que o baixo peso ao nascer é um dos principais fatores de risco para o óbito neonatal e que este reflete a desigualdade e as condições sensíveis às ações públicas em saúde (TOURINHO; REIS, 2012).

Por fim, o último fator (F4), agrupou a estrutura latente da Taxa de Sobrevivência por Causas Externas (Txsob_ext) e, conforme proposto por Macedo e Ferreira (2020), as intervenções preventivas podem ajudar a reduzir o agravamento dos problemas de saúde pública.

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

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

O ICS, em 2011, apresentou média de 0,37, desvio padrão de 0,09 em 5.565 municípios. Em 2015, a média reduziu para 0,34, o desvio foi de 0,11 nos 5570 municípios. Demonstrando que, apesar dos avanços obtidos no sistema de saúde, a situação ainda é deficitária, corroborando Vieira e Benevides (2016), que afirmam que mesmo com as melhorias na eficiência do SUS, existe, do ponto de vista assistencial, *déficit* na oferta de serviços em diversas regiões do país, fazendo com que a vulnerabilidade perpetue, ou pode ser também devido à criação de novos Municípios que fez com que o montante de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) fosse “redistribuído” entre mais partícipes,

reduzindo assim o montante de recursos de uns e “criando” valores inexpressivos para outros, consequentemente afetando o valor destinado às ASPS.

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

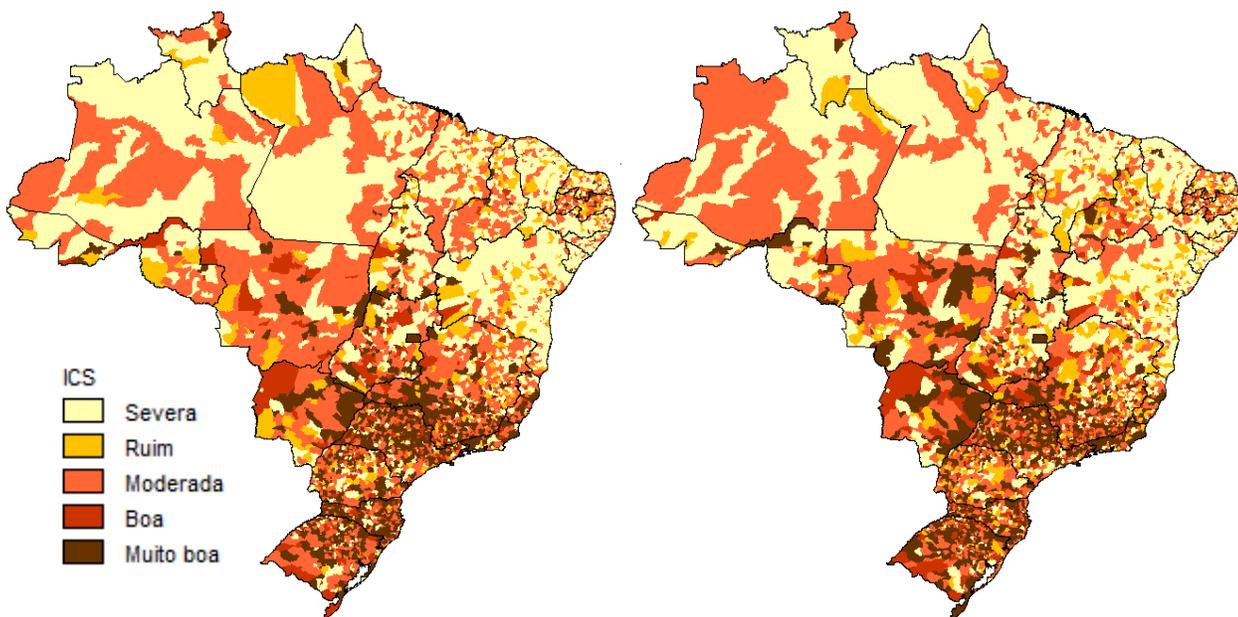


Figura 1. Distribuição espacial dos municípios brasileiros em relação ao ICS para os anos de 2011 (esquerda) e 2015 (direita)

De acordo com a classificação do ICS em 2011 é possível perceber que os municípios brasileiros se concentram nas situações de vulnerabilidade e condição de saúde moderada, 1844 municípios, com concentração destes nas regiões Sudeste (31,45%), Nordeste (26,35%) e Sul (22,23%). Os municípios que apresentaram condições severas somam 1687 municípios, concentrados, majoritariamente, na região nordeste (58,57%).

E em relação aos 1259 municípios que apresentam condições de saúde consideradas “muito boa”, estes estão concentrados nas regiões Sudeste (49,72%) e Sul (36,38%), regiões consideradas, segundo o

IBGE, as principais responsáveis pela dinâmica econômica do país. Mostrando que a vulnerabilidade em saúde está associada ao poder econômico do município.

O número de municípios que apresentaram condição em saúde considerada severa e ruim aumentaram 8,24% em 2015 em relação a 2011. Este aumento no número de municípios que apresentam condições de saúde consideradas desfavoráveis pode ser devido aos entes subnacionais não estarem conseguindo financiar suas ações de saúde de maneira a atender à população de forma adequada diante da redução de investimentos na saúde, por parte da União, como propõe Vieira e Benevides (2016), diante das EC 86/2015 e EC 95/2016, ou devido ao desequilíbrio federativo em virtude da criação de novas estruturas da administração pública municipal o que reflete na capacidade de financiamento de todas as políticas públicas necessárias com o mesmo montante do FPM, por exemplo.

Corroborando Rodrigues (2018), que aponta que a União, apesar de elevada participação no financiamento da saúde pública, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde, e os municípios, com a municipalização dos serviços de ASPS, assumiram a responsabilidade pela prestação dos serviços e vem ampliando gradativamente seus custos com a saúde pública. Mas Antinarelli (2012) e Arretche (2007) alertam que os municípios não têm conseguido reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, sobretudo os municípios de pequeno porte, por serem muito dependentes de transferências intergovernamentais.

O motivo de alguns municípios terem reduzido sua posição em relação ao ICS pode ser devido à retração proporcional de investimentos da União nas contas da saúde. Neste sentido, os legisladores em 2015, podem ter sido motivados sobre os níveis de cooperação entre os entes federativos, e resolveram contribuir no aporte financeiro para a saúde. E editaram a EC nº 86/2015, que prevê o escalonamento, com redução de recursos para a saúde e estabeleceu uma cota individual de recursos para cada parlamentar destinar às ASPS, como possível forma de equalizar/compensar os recursos destinados à saúde.

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

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

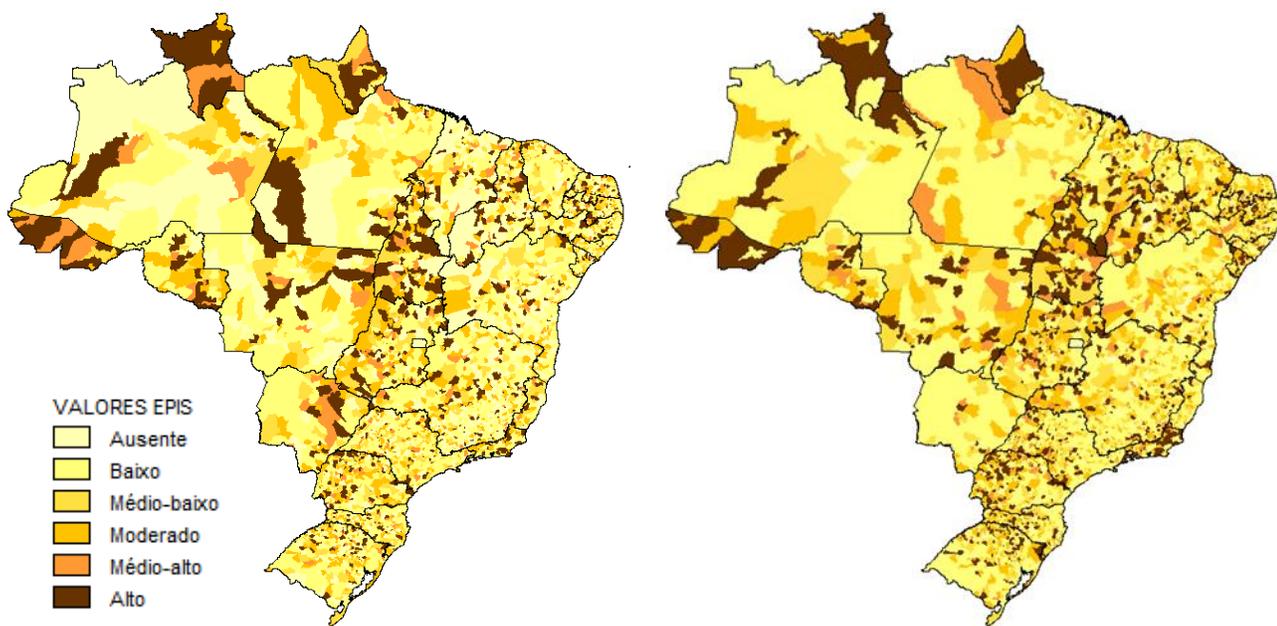


Figura 2.

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

Pela análise da Figura 2 é possível observar que a impositividade das EPI aumentou o número de municípios beneficiados em 24,13%. Um aumento significativo, uma vez que entre 2011-2014, 73,50% dos municípios brasileiros receberam recursos via EPIS, e no período 2015-2018, 97,63% dos municípios foram beneficiados com este tipo de recurso. Os dados revelam também, que além do aumento no número de municípios beneficiados, houve aumento nos valores médios *per capita* recebidos no período 2015-

2018, o que pode ser devido à garantia de repasse frente à impositividade, ou mudanças nas representações no congresso em virtude das diferentes legislaturas.

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

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

Na comparação dos valores de EPIS recebidos pelos municípios, no período 2015-2018, a maioria dos que receberam valores *per capita* considerados moderados, médio-alto e altos são de pequeno porte. O que indica que, dentre os recursos destinados aos municípios via EPIS, os pequenos municípios estão recebendo significativo apoio financeiro para custear as ações de saúde. Esta expressividade pode ter como justificativa a tentativa de equalizar os recursos destinados à saúde, em virtude da estabilidade com tendência à retração de recursos repassada pela União para aplicação na saúde, e também, pela baixa capacidade de arrecadação própria desses entes. Indo ao encontro do proposto por Rodrigues (2018) que descreve que, em 1988, a União financiava 72% das ações de saúde, e em 2017, em média 43%. Esta “ineficiência na repartição de recursos federais” passa pela reflexão, posto que entre 1988 e 1996 foram criados cerca de 1.200 novos Municípios no Brasil, ou seja, 1.200 novas estruturas da administração pública municipal, o que reflete na capacidade de financiamento das políticas públicas. E Bijos (2018), que aponta que as EPIS têm se tornando uma fonte alternativa e estratégica de recursos para financiar as ações municipais, sobretudo para os pequenos municípios. Assim, os prefeitos buscam recursos extras

junto aos órgãos executivos e legislativos federais e estaduais, para realizar despesas em investimento e custeio, inclusive em ASPS.

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

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

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

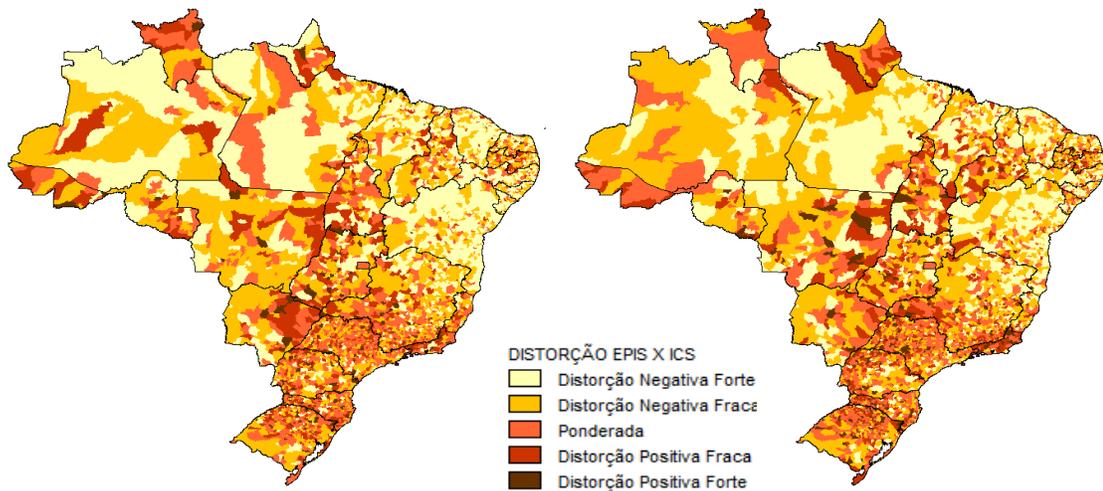


Figura 3.

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

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

Nos períodos analisados as regiões mais privilegiadas com recursos públicos auferidos via EPIS foram as regiões sul e sudeste. Corroborando Lima e Ramos (2010) que descrevem que a região sudeste é favorecida pelos parlamentares por ser mais desenvolvida e populosa e possuir maior poder de voto.

Em relação ao porte populacional, as distorções negativas e positivas fortes se concentram nos municípios considerados de pequeno porte.

No período 2015-2018 há uma redução no número de municípios com distorção negativa forte, municípios com condições de saúde consideradas ruins e que receberam valores *per capita* de EPIS

considerados baixos. E aumento do número de municípios em situação ponderada e distorção positiva fraca e forte, indicando que os parlamentares estão usando da discricionariedade política e eleitoral para definir a alocação dos recursos, seja na tentativa de minimizar as assimetrias no sistema de saúde pública, ou, devido ao estabelecimento de redes políticas entre os parlamentares e gestores municipais.

Corroborando Ames (2003), indica que as EPI podem direcionar recursos para políticas amplas e para as regiões mais carentes, priorizando áreas como saúde, educação, saneamento, entre outros. E Baião, Cunha e Souza (2017) e Barbosa e Tristão (1999), que apontam que as EPI atendem às demandas locais, todavia reforçam práticas clientelistas, pois dependem fortemente de articulações e da capacidade política do gestor municipal.

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

E ainda, Baião, Couto e Oliveira (2020) que apontam que as prefeituras estão sujeitas a uma série de exigências para que possam receber transferências voluntárias do governo federal e, por isso, os deputados consideram a capacidade de o município estar apto para receber os recursos e executá-los apropriadamente. Portanto, para além da mera preferência do parlamentar em destinar emendas à sua base eleitoral, há também o fator institucional, que é a capacidade do município estar estruturado e apto a receber recursos destinados à saúde pública.

É possível perceber que a impositividade das EPIs não conseguiu reduzir de forma significativa as distorções negativas, ou seja, garantir recursos financeiros que permitissem equalizar o sistema público de saúde, o que pode ser devido ao apontado pelo Conselho Federal de Medicina em 2018, que assinala

que entre 1995 e 2015, os gastos do Ministério da Saúde mantiveram-se, em média, 1,7% do PIB, no entanto, com a implementação da EC 95/2016, os recursos federais para o SUS devem reduzir para 1,0% do PIB até 2036. Assim, o aumento do valor destinado às EPIS pode estar contribuindo para equalizar/compensar a redução de recursos repassados pela União, mas não está sendo suficiente para equalizar o sistema público de saúde. Corroborando Baião, Couto e Oliveira (2020) que apontam que as EP parecem não ser capazes de corrigir as distorções em saúde.

Portanto, conforme preceituam Braun e Ritt (2019) e Albuquerque e Souza (2017) a expansão do gasto público e da produção de serviços não é necessariamente expressão de melhoria do atendimento e de eficiência dos serviços em saúde, sobretudo pela falta de controle sobre sua gestão e baixo nível de *accountability* em âmbito municipal (SODRE; ALVES, 2010). Por isso, é imprescindível que o aumento de recursos via EPIS seja acompanhado de procedimentos que favoreçam a *accountability* e o combate à corrupção, sob pena de crescentes investimentos sem a devida efetividade do sistema público de saúde para seus usuários.

Considerações Finais

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

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

É possível identificar ainda, um aumento significativo no número de municípios que receberam EPIS proporcional à sua necessidade, indicando que as emendas podem estar equalizando/compensando

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

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

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

A alocação das EPIS, no entanto, é permeada pelo poder institucional, de articulação e capacidade política do gestor municipal. E evidenciam esforços em corrigir as iniquidades do sistema público de saúde, destarte ainda persistem as atitudes “clientelistas” entre parlamentares e gestores municipais, que impedem de alcançar, de forma efetiva, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde.

O ICS permitiu identificar as condições de saúde dos municípios brasileiros servindo de apoio tanto para Parlamentares quanto para o Poder Executivo, uma vez que, poderá auxiliar no processo de tomada de decisão de montagem das peças orçamentárias, na expectativa de reduzir os desequilíbrios federativos, a ineficiência na repartição de recursos federais e a desigualdade em saúde pública. Como limitação do trabalho pode-se citar a ausência de definição de “pesos” entre as EPIS e respectivos quantitativos de Parlamentares por Estado, fato remanescente da CF/88 que resulta, em uma força política desproporcional aos Estados com população pequena. Portanto para trabalhos futuros, recomenda-se

analisar as EPI destinadas pelos senadores, assim como ter uma definição prévia de “pesos” entre as EPIS e respectivos quantitativos de Parlamentares por Estado. Bem como analisar se o processo de alocação das emendas é norteado para correção de assimetrias do sistema público de saúde ou por relações “clientelistas” entre parlamentares e gestores municipais, incluindo variáveis que capitem e expliquem estas duas dimensões.

Referências

- ALBUQUERQUE, A.; S., C. N. 2017. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. *Rev. Bras. Bioética*. 13 (e6):1-17. <https://doi.org/10.26512/rbb.v13i0.7935>
- ALBUQUERQUE, C. P. 2014. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 54, n. 3, p. 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.08.003>
- AMES, B.. *Os Entraves da Democracia no Brasil*. 2003.1. ed. Rio de Janeiro: FGV.
- AMES, B.; BAKER, A.; RENNÓ, L. 2008. "The 'Quality' of Elections in Brazil: Policy, Performance, Pageantry, or Pork?". In Timothy J. Power and Peter R. Kingstone (eds.), *Democratic Brazil Revisited*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, pp. 107-133.
- ANTINARELLI, M. E. P. B. 2012. Federalismo, autonomia municipal e a constitucionalização simbólica: uma análise da dependência financeira dos pequenos municípios mineiros. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG*, n. 61, p. 445-472. <https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/article/view/P.0304-2340.2012v61p445>
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. 2017. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 953-963. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>
- ARRETCHE, M. 2000. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Editora Revan.
- _____. 2003. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 331-345. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>

- _____. 2007. A agenda institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 64, p. 147-151. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092007000200011>
- BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. 2020. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* vol.27 nº.71 Curitiba 2019 E pub Mar 09. <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>
- BAIÃO, A. L.; CUNHA, A.S.M; SOUZA, F. S. R. N. 2017. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. *Revista de Serviços Públicos, ENAP.* <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>
- BAPTISTA, T. W. F. *et al.* 2012. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 2267-2279. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>
- BARBOSA, M. N. L.; TRISTÃO, V. T. V. 1999. Federalismo Fiscal, Clientelismo e Reforma Fiscal. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 8, 1. trim.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. 2016. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 9-18. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
- BIJOS, D. Repensando as Transferências Voluntárias pela Perspectiva dos Atores e das Instituições Locais. 2018. *Desenvolvimento em Questão*, v. 16, n. 44, p. 322-350. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2018.44.322-350>
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. 1999. O mercado médico no Brasil. *Brazilian Journal of Public Administration*, v. 33, n. 1, p. 55 a 66-55 a 66. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7668>
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- _____. 2016. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Diário Oficial da União*, Brasília. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
- _____. 2015. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm
- _____. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf

- BRAUN, L. E.; RITT, C. F. 2019. As principais práticas de corrupção na prestação do direito à saúde no rio grande do sul e algumas formas de combatê-las. Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea.
- CARVALHO, M. 2007. Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na Redução das Desigualdades Regionais. Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa. https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2103/efeito_emendas_carvalho.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CFM – Conselho Federal de Medicina. 2018. Nas capitais, comprometimento com despesas em saúde aumenta, mas não resolve problemas. Disponível em: portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27964:2018-11-13-14-18-26&catid= Acesso em 29/02/2020.
- COSTA, A. M. 2017. A saúde em tempos de golpe. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 5-12. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711200>
- CUNHA, N. R. da S. *et al.* 2008. A intensidade da exploração agropecuária como indicador da degradação ambiental na região dos Cerrados, Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 46, n. 2, p. 291-323.
- DE CARVALHO FERREIRA, F. G. B.; OLIVEIRA, C. L. 2017. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. *Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos*, v. 38, n. 76, p. 183-212. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183>
- FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. 2015. *Análise de dados: modelos de regressão com Excel, Stata e SPSS*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil. v. 1.
- FERREIRA JUNIOR, S. *et al.* 2017. Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 9, n. 2, p. 105-119. <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i2.4992>
- FERREIRA, M. A. S. 2015. *Perspectivas do controle social: uma análise da natureza e extensão da participação cidadã na gestão dos municípios mineiros*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade.
- FRANÇA, E. B. *et al.* 2017. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. supl.1, p. 46-60. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>

- GIOVANELLA, L. *et al.* 2016. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2697-2708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>
- GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. 2013. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200032>
- HAIR, J. F. *et al.* 2009. *Análise multivariada de dados*. Bookman Editora.
- JANNUZZI, P. de M. 2005. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 2, p. 137-160. <https://doi.org/10.21874/rsp.v56i2.222>
- JÚNIOR, S. F.; FAHEL, M. C. X.; MOREIRA, T. C. F. 2014. Indicadores Municipais de Necessidades de Saúde na orientação de Políticas para a Atenção Primária: uma Proposta Aplicada para o Estado de Minas Gerais. XXXVIII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro.
- KLINGENSMITH, J. Z. 2019. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. *Economies*, v. 7, n. 1, p. 16. <https://doi.org/10.3390/economies7010016>
- LAPA, A. 2018. *Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde*. Dissertação.
- LEAL, M. do C. *et al.* 2020. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 08. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
- LEMOS, L.; RICCI, P. 2011. Individualismo e partidarismo na lógica parlamentar: o antes e o depois das eleições. In: *O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira*. Belo Horizonte: Editora UFMG. p. 207-238.
- LIMA, A. C. da C.; RAMOS, F. de S.. 2010. Há desigualdade de poder entre os estados e regiões do Brasil? Uma abordagem utilizando o índice de poder de Banzhaf e a Penrose Square Root Law. *Economia Aplicada*, v. 14, n. 2, p. 225-249. <https://doi.org/10.1590/S1413-80502010000200007>
- LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. 2005. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. *Dados*, v. 48, n. 4, p. 737-776. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000400002>

- LOWI, T. J. 1964. “American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory”, *World Politics*, vol. 16, no 4, p. 677–715. <https://doi.org/10.2307/2009452>
- LUCCHESI, P. T. R. 2003. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>
- MACEDO, A. dos S.; FERREIRA, M. A. M. 2020. O Programa Mais Médicos e alocação equitativa de médicos na Atenção Primária À Saúde (2013-2017). *REAd. Revista Eletrônica de Administração*. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 381-408. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.288.97551>
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. 2017. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. suppl.2, p. 144-161. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
- MAROCO, J. 2014. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 6. ed. Perô Pinheiro.
- MARTIN, D. G. *et al.* 2020. Disposición e implicaciones del Programa Más Médicos en los indicadores de atención primaria de salud en Minas Gerais 2013-2015. *REAd. Revista Eletrônica de Administração*. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 352-380. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.287.96302>
- MASKIN, E.; TIROLE, J. 2019. Pandering and pork-barrel politics. *Journal of Public Economics*, v. 176, p. 79-93. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2019.04.005>
- MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. 2011. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 3, p. 673-690. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300013>
- MONTEIRO; J. M.; CEDRAZ; A.; SILVA; C. M. da C. 2018. Relatório de auditoria. Emendas parlamentares ao projeto de lei orçamentária. Falhas na informação e definição de objetos prioritários. <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/783966430/relatorio-de-auditoria-ra-ra-1827220185/inteiro-teor-783966444>
- NARDO, M. *et al.* 2008. *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide*. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/sdd/42495745.pdf>
- OLIVEIRA, C. N. de. 2018. Emendas Parlamentares: entre a ficção e a realidade na assistência financeira às Universidades Estaduais. *Universidade e Sociedade* 61 Ano XXVIII - Nº 61 - janeiro de 2018. Revista publicada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES-SN. Semestral. Brasília. <https://issuu.com/andessn/docs/61>

- PAIM, J. S. 2018. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- PEREIRA SILVA, A. de A. *et al.* 2012. Efficiency in the Allocation of Public Resources for Education, Health and Housing at the Municipal Level in the Brazilian State of Minas Gerais. *Contabilidade Gestão e Governança*, v. 15, n. 1, p. 96-114. <http://www.repositorio.ufop.br/jspui/handle/123456789/1651>
- PEREIRA, C.; MUELLER, B. 2004. "The cost of governing strategic behavior of the president and legislators in Brazil's budgetary process". *Comparative Political Studies*, vol. 37, no 7, p. 781–815.
- PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. 2018. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018. (Texto para Discussão, n. 2439). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8934>
- PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. 2019. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no sistema único de saúde, Texto para Discussão, No. 2497, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. <http://hdl.handle.net/10419/211448>
- PORTO, S. M. *et al.* 2003. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 376-388. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/712>
- RAMOS, M. F. 2012. Emendas Individuais ao Orçamento da União dos Deputados Federais do Estado da Paraíba da 53ª Legislatura: Uso Eleitoral das Emendas Individuais ao Orçamento. <http://bd.camara.leg.br> Biblioteca digital da Câmara.
- RIBEIRO, J. F. *et al.* 2018. Epidemiologia de nascidos vivos de mães residentes em uma capital do nordeste. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 4. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6897>
- RODRIGUES, J. A. M. 2018. Emendas Parlamentares Individuais e Conexão Partidária: um estudo de caso do Ministério das Cidades. <http://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/555175>
- RODRIGUES, T. A. 2019 Emendas parlamentares individuais: a relação entre os poderes executivo e legislativo após a promulgação da Emenda Constitucional 86/2015. *Revista Orçamento em Discussão*, Brasília, n. 045. <https://www12.senado.leg.br/revistaorcamento>
- SAMUELS, D. J. 2002. *Pork barrel* ing is not credit claiming or advertising: Campaign finance and the sources of the personal vote in Brazil. *Journal of Politics*, v. 64, n. 3, p. 845-863. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1111/0022-3816.00149>

- SANFELICE, V. 2010. Determinantes do voto para deputado federal: relação entre emendas orçamentárias e desempenho eleitoral. Tese de Doutorado.
- SANTOS, J. L. G. dos *et al.* 2012. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 2, p. 205-212. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>
- SANTOS, L. F. dos; FERREIRA, M. A. M.; CAMPOS, A. P. T. de. 2018. Rural development and family agriculture in the Brazilian state of Minas Gerais in the light of multivariate data analysis. *Interações. Campo Grande*, v. 19, n. 4, p. 827-843. <https://doi.org/10.20435/inter.v19i4.1817>
- SCHEFFLER, R. M. *et al.* 2018. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human resources for health*, v. 16, n. 1, p. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0264-6>
- _____. 2008. Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 86, p. 516-523B. doi: 10.2471/blt.07.046474.
- SERVO, L. M. S. *et al.* 2011. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea.
- SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. 2010. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 14, n. 3, p. 414-433. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000300003>
- SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. 2012. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. *PLoS One*, v. 7, n. 3, p. e33399. DOI: 10.1371/journal.pone.0033399
- TAVARES, R. P. 2016. Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC. Trabalho de Conclusão de Curso. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2504>
- TOURINHO, A. B.; REIS, M. L. B. de S. 2012. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. *Comun. ciênc. saúde*, p. 19-30.

- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. 2012. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 183-206.
- VIACAVA, F. *et al.* 2018. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. 2016. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Ipea. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. 2019. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea. (Texto para Discussão, 2516). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9428>
- WHITEHEAD, M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, v. 22, n. 3. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>
- WISEMAN, V. *et al.* 2017. Measuring inequalities in the distribution of the Fiji Health Workforce. *International Journal for Equity in Health*, v. 16, p. 115. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0575-1>

Submetido: 07/07/22

Aceito: 27/05/24