

## **EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES NA CAPACIDADE ESTATAL DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE SAÚDE**

### ***EFFECTS OF PARLIAMENTARY AMENDMENTS ON STATE'S ABILITY TO IMPLEMENT HEALTH POLICIES***

**MARCO AURELIO MARQUES FERREIRA**

Prof. Titular da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Departamento de Administração e Contabilidade. Líder do NAPGS/UFV. Diretor Administrativo-Financeiro da ANPAD. <http://lattes.cnpq.br/5928812164923260> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9538-1699>

**DAIANE MEDEIROS ROQUE FERREIRA**

Doutora em Administração. Pesquisadora do NAPGS/UFV. Email: [daianemroque@gmail.com](mailto:daianemroque@gmail.com) Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5057-1336>  
Universidade Federal de Viçosa. Professora e Coordenadora do curso de Administração/UNIPAC PONTE NOVA

**SILVANA APARECIDA MEDINA**

Analista de Planejamento e Execução – PMPA. Pesquisadora NAPGS/UFV. Mestre em Administração - PPGAdm/UFV.

#### **RESUMO**

A capacidade estatal é a capacidade do Estado implementar políticas públicas, dentro de um arranjo institucional a fim de atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos. Tal capacidade é potencializada, direta ou indiretamente, pela ação parlamentar. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo identificar o efeito das emendas parlamentares individuais sobre os indicadores de resultado da saúde nos municípios brasileiros, tomando como referência abordagem teórica da capacidade estatal. Para tanto foi realizado uma avaliação quase-experimental, comparando os efeitos do orçamento impositivo nos indicadores de saúde. Como principal resultado, identificou-se que a alocação das Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) tem propensão de reduzir as desigualdades em saúde, medidas através da taxa de mortalidade infantil, entretanto, os demais indicadores de saúde analisados não apresentaram efeito estatisticamente significativo.



**Palavras-chave:** Capacidade estatal; Emendas Parlamentares Individuais; Indicadores de saúde. Efeitos; Estudo Quase-Experimental.

## **ABSTRACT**

*State capacity is the capacity of the State to implement public policies, within an institutional arrangement, to effectively achieve the intended objectives. This capacity is enhanced, directly or indirectly, by parliamentary action. Therefore, this article aims to identify the effect of individual parliamentary amendments on health outcome indicators in Brazilian municipalities, taking the theoretical approach of state capacity as a reference. For this purpose, a quasi-experimental evaluation was carried out, comparing the effects of the tax budget on health indicators. As a main result, it was identified that the allocation of Individual Parliamentary Amendments for Health has a tendency to reduce health inequalities, measured through the infant mortality rate, however, the other health indicators analyzed did not present a statistically significant effect.*

**Keywords:** *State capacity; Individual Parliamentary Amendments; Health indicators; Effects; Study Quasi-Experimental*

## **1. INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe importantes inovações ao processo de planejamento e formulação do orçamento federal, a fim de melhorar a orientação dos gastos e a eficiência no uso dos recursos públicos (BAPTISTA *et al.*, 2012; LAHUD, 2016). A formulação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) é de iniciativa do Poder Executivo (BRASIL, 1988, artigo 165), mas depende do Congresso Nacional para a aprovação, além da possibilidade do parlamentar apresentar as emendas, permitindo ao poder legislativo participar ativamente do processo orçamentário.

Em 2015, a aprovação da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015) que instituiu o orçamento impositivo, determinou que metade do valor destinado às Emendas parlamentares (EP) deveria ser para financiar ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Entretanto, Baião, Couto e Oliveira (2020) e Greggianin e Silva (2015) apontam para o fato dos objetos das programações incluídas por Emendas Parlamentares Individuais destinadas à Saúde (EPIS) serem constituídos por demandas eletivas, específicas e localizadas, que nem sempre se pautam na universalidade e equidade exigida para as programações destinadas ao sistema



público de saúde. E, Lahud (2016) considera a impositividade como a criação de mais uma despesa compulsória.

Por esses e outros motivos que o papel das EP e o poder do legislativo de emendar o orçamento tem sido motivo de controvérsias. Alguns autores ressaltam a importância das emendas como recurso político, seja nas relações com o poder executivo, seja para reforçar a imagem do parlamentar com seus eleitores ao destinar recursos para os municípios onde residem parcelas de sua base eleitoral (BAIÃO; COUTO; JUCÁ, 2018; BIJOS, 2018 BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; LAHUD, 2016; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2005).

Alguns estudos, no entanto, têm produzido evidências que se contrapõem ao senso comum e aos achados predominantes na literatura em ciência política sobre o uso político das emendas.

Almeida (2021), Bertholini, Pereira e Rennó (2018), Carvalho (2007) e Lemos (2001) apontam que as políticas distributivas em nível local que atendem a interesses públicos específicos têm efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos, melhorando as condições de vida, reduzindo as desigualdades regionais, a pobreza, e promovendo o desenvolvimento local e a inclusão social.

Baião, Couto e Oliveira (2020) apontam que, na alocação das EPI, os parlamentares levam em consideração a capacidade institucional, que é a capacidade do município estar apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda. Visto que a capacidade estatal envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas (PIRES; GOMES, 2015).

Diante da controvérsia em que parte da literatura considera as EPIs como capital político, e outros como um meio de minimizar as desigualdades em saúde, considerando que em 2015 a execução das emendas parlamentares representava 1,7% da despesa total com ASPS, atingindo 8% em 2017, demonstrando que o poder executivo pode estar “abrindo mão” de definir de forma centralizada a alocação dos recursos para a saúde, visto que o Ministério da Saúde empenhou, via emendas, valor superior ao exigido constitucionalmente (PIOLA; VIEIRA, 2019). Torna-se pertinente questionar: quais os efeitos, dos recursos alocados por meio das EPIs, nos indicadores de resultado da saúde?



Sendo está uma tentativa de entender o papel do legislativo, através da imposição das EPIS, geralmente vistas como *pork barrel*<sup>1</sup>, mas que vêm ganhando espaço no orçamento federal. Por isso, o objetivo deste estudo é identificar o efeito das políticas locais propostas por meio das EPIS sobre os indicadores de resultado da saúde nos municípios brasileiros.

Este estudo se justifica, uma vez que, considerando as disputas entre os poderes para a alocação dos recursos públicos, a criação de um limite obrigatório para as EPI e a dinâmica anterior à EC 86/2015, de barganha da execução dessas emendas, esperava-se que o Executivo se restringisse ao montante de execução a que está obrigado. Mas, na prática, o que aconteceu nos últimos anos foi um aumento significativo no valor da execução das emendas. Sendo, portanto, necessário investigar se esse aumento de recursos destinado via EPIS tem gerado efeitos positivos para mitigar as desigualdades em saúde.

Diante dos resultados encontrados sobre as emendas parlamentares (SAMUEL (2022); MASKIN; TIROLE (2019) e, especificamente os que analisaram as emendas destinadas à saúde (BAPTISTA *et al*, 2012; PIOLA; VIEIRA, 2019) este estudo inova ao analisar os efeitos das EPI nos indicadores de resultado da saúde, a fim de identificar se essas têm sido capazes de proporcionar equidade na saúde pública. E, diante dos resultados encontrados, espera-se contribuir com o processo de alocação de recursos públicos a fim de que as políticas locais sejam efetivas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A CAPACIDADE ESTATAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A capacidade estatal é a capacidade do Estado implementar políticas públicas dentro de um arranjo institucional específico (GOMIDE; PIRES, 2014) e foi desenvolvida para explicar por que alguns Estados possuem maior eficácia e eficiência em prover serviços públicos, de forma a impulsionar e direcionar o desenvolvimento socioeconômico ou alcançar objetivos determinados em políticas específicas (BOSCHI; GAITÁN, 2012; GOMIDE; PIRES, 2014; STEIN, 2015).

<sup>1</sup> Expressão utilizada na literatura internacional para designar o particularismo legislativo, em que deputados utilizam políticas distributivas visando o voto dos beneficiários (LOWI, 1964)



A capacidade do Estado em governar é percebida de diversas formas, mas, segundo Jessop (2001), normalmente engloba duas gerações de análise. A primeira geração é mais abrangente, e entende que a “capacidade estatal refere-se às situações em que Estados conseguem se erguer e, minimamente, guiar os rumos de uma sociedade, administrando seus conflitos e problemas internos” (PIRES; GOMIDE, 2015. p. 201). A segunda geração possui uma visão mais concreta, procurando refletir sobre a capacidade do Estado em atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas (SOUZA, 2003).

A capacidade estatal é entendida como o “Estado em ação”, sendo essa, “as capacidades de identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados”. E consideram que a implementação de políticas envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para a realização das políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2015, p. 201).

Leftwich e Hogg (2011) e Herrlein (2014) afirmam que a efetividade da ação estatal está condicionada ao apoio social e que o sucesso da dinâmica de desenvolvimento depende de processos políticos que envolvem diferentes líderes e elites representativas de grupos, organizações e interesses. Esses arranjos de mediação institucionalizada servem para que o Estado cumpra sua função de filtro na relação com a sociedade (O'DONNELL, 2009), visto que, o Estado não consegue atender todas as demandas em todos os momentos (SILVA, 1996).

Consequentemente, a construção da governabilidade e a produção de políticas nacionais demandam esforços e volumes crescentes de recursos humanos, financeiros e administrativos por parte do Executivo Federal, como a liberação de EP, a concessão de cargos em ministérios, autarquias e empresas estatais, a construção de espaços de articulação e negociação federativa. Essa dinâmica traz implicações para a produção de políticas públicas, pois decisões e recursos passam a ser “filtrados” pela lógica da manutenção do apoio político, a qual nem sempre é condizente com os objetivos programáticos de longo prazo, além de ampliar as dificuldades da coordenação intergovernamental (PIRES; GOMIDES, 2016).

E essa estrutura diz respeito, também, à influência do eleitor sobre as decisões dos governantes em um regime democrático. Pois é por meio das eleições que essa responsabilidade (filtro) é garantida. O eleitor tem a possibilidade de escolher aqueles que ocuparão os cargos executivo e legislativo, e, portanto, em



princípio, podem definir, via escolha dos candidatos, quais tipos de políticas serão as melhores para os cidadãos (ARRETCHE, 2003).

Os arranjos institucionais, quando bem-organizados, têm o potencial de dotar o Estado das capacidades necessárias para a execução bem-sucedida de políticas públicas, fazendo com que os gestores tenham que se relacionar com sistemas institucionais, representativos, participativos e de controles burocráticos, na produção de políticas públicas (GOMIDE; PIRES 2014; SÁ E SILVA; LOPEZ; PIRES, 2010).

Neste sentido, a capacidade estatal é composta pela dimensão técnico-administrativa, que contempla as competências dos agentes do Estado para levar efeito às políticas, produzindo ações coordenadas e orientadas para a produção de resultados; e a dimensão política, que se refere às habilidades da burocracia do Executivo em expandir os canais de interlocução, negociação com os diversos atores sociais, processando conflitos e prevenindo a ruptura por interesses específicos (GOMIDE; PIRES, 2014).

Em relação às políticas públicas de saúde no Brasil, a CF/88 e as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 estabeleceram as instituições formais do SUS, e as regras que definem os mecanismos pelos quais os diversos interessados podem influir no processo de formulação e implementação da política. E estabeleceram que o SUS fosse um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de execução da política e à união e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função, reservando ao Ministério da Saúde as funções de formulação, implementação, coordenação e regulação da política de saúde (ARRETCHE, 2003, 2013).

A coordenação se materializa nos incentivos financeiros que estimulam os municípios a incorporarem as diretrizes e programas estabelecidos pelo governo federal. E, para que os municípios assumissem a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde, a União ofereceu-lhes dois incentivos. O primeiro, e mais atraente, foi em virtude da visibilidade e dos créditos políticos, devido à previsão de um aumento na oferta de serviços de saúde pelo município. O segundo incentivo, e o mais importante, foi o trazido pelas normas federais que regulamentaram as condições de prestação e de incentivos financeiros dos serviços de saúde aos municípios (ABRUCIO, 2007).

E, devido à coordenação federativa na política de saúde, o repasse de recurso do governo federal é condicionado à adesão aos programas. Todavia, mesmo



segundo critérios equitativos e de necessidade de saúde, conforme preceitua o art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012, nem sempre os recursos recebidos são suficientes, e os municípios precisam comprometer recursos próprios em níveis superiores aos determinados constitucionalmente para a manutenção desses programas. Portanto, em um contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios brasileiros ampliam de modo significativo seus gastos no setor de saúde, ao contrário de outras políticas públicas (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

A saúde pública, portanto, é financiada de forma compartilhada pela União, Estados e Municípios, no entanto, os municípios é que são “cobrados” pela execução de todas as políticas (SANTOS; NAZARETH, 2017). Apesar da coordenação federativa, a ampliação na participação dos gastos com saúde faz os governos locais serem muito dependentes das transferências de recursos da União para prestação dos serviços de saúde à população (ANTINARELLI; 2012; ARRETCHE; 2000). E, a EC 86/2015, ao instituir a impositividade das EPI e determinar que metade do valor fosse destinado a ASPS, torna-se um meio capaz de contribuir no aporte de recursos para a saúde, como será apresentado a seguir.

## 2.2 EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS

Painter e Pierre (2005) argumentam que a “capacidade governativa” está associada às habilidades dos governos em fazer escolhas e definir estratégias para a alocação de recursos, gerir eficientemente os recursos necessários para a entrega de resultados e mobilizar apoio e consentimento dos atores sociais.

Diante da impositividade proposta pela EC 86/2015 e da dependência financeira dos municípios, uma das formas dos gestores municipais conseguirem atender às suas demandas locais é através de recursos advindos das EPI, sobretudo em países imersos em desigualdade e pobreza, com governos municipais carentes de recursos financeiros e muito dependentes de transferências intergovernamentais.

O repasse de recursos por meio de EP recebe muitas críticas e pode não ser um meio eficiente de distribuição de renda e inclusão social, mas muitas vezes, é o único meio pelo qual os recursos “chegam” às populações carentes, sobretudo nos pequenos municípios brasileiros. Servindo como evidência de que as políticas distributivas, em nível local, que atendem a interesses públicos específicos, podem ter



efeitos positivos sobre o bem-estar dos cidadãos, e serem capazes de melhorar as condições de vida, atenuando as desigualdades regionais e a pobreza, promovendo o desenvolvimento local e a inclusão econômica (ALMEIDA, 2021; BERTHOLINI; PEREIRA; RENNO, 2018; AMES; PEREIRA; RENNÓ, 2011; CARVALHO, 2007; LEMOS, 2001).

E, conforme apontam Piola e Vieira (2019), o Ministério da Saúde, vem empenhando valor superior ao exigido constitucionalmente via emendas parlamentares, e as mesmas são computadas na aplicação mínima da União em ASPS, denotando que o poder executivo pode estar “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares, compartilhando a responsabilidade pelos resultados do investimento em políticas públicas com o Congresso Nacional.

Mas, Soares e Neiva (2011) e Baião, Couto e Oliveira (2020) apontam que as emendas estão sujeitas a fatores político-partidário, fatores redistributivos e à capacidade institucional dos estados e municípios. Esses autores demonstram que as emendas dependem da relação política entre o parlamentar, governadores dos Estados e prefeitos, da representação e da *performance* eleitoral. E que os deputados privilegiam a capacidade estatal como: municípios adimplentes com obrigações financeiras e com maior capacidade de execução das emendas, menosprezando a escassez de receita orçamentária e indicadores locais. Isso porque os parlamentares, ao serem racionais e informados podem ter entre seus objetivos a reeleição e, assim, buscam promover sua imagem cultivando relações pessoais com seus eleitores mediante a provisão de benefícios locais (*pork-barrel politics*).

No entanto, a valorização das conexões políticas pode induzir os parlamentares à alocação inadequada dos recursos públicos, fazendo com que a distribuição de recursos não seja suficiente, pois segui na contramão das necessidades locais, beneficiando regiões sem critérios lógicos de necessidade, e assim, o Legislativo ao invés de corrigir as distorções ao propor as emendas, pode estar, agravando-as, perdendo sua racionalidade econômica e social (BAIÃO; COUTO; OLIVEIRA, 2020; BIJOS, 2018; BAIÃO; CUNHA; SOUZA, 2017; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2005).



### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 DADOS E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO**

O estudo trata de uma análise *cross section* do efeito das EPIS, levando em consideração os anos de 2013 e 2018, períodos anteriores e durante a impositividade das EPIS. Estabeleceu-se como corte temporal o ano de 2015, ano de início da vigência do orçamento impositivo. O tempo poderá verificar o efeito no grupo tratado em relação ao de controle ao longo do tempo e revelar diferenças nos resultados entre os municípios, pois o resultado das políticas propostas pelas emendas podem não produzir resultados perceptíveis imediatamente após sua a destinação.

Cabe esclarecer que apenas comparar os municípios antes e após o recebimento das EPIS não é capaz de revelar seu efeito, uma vez que, diversos outros fatores podem afetar os resultados da intervenção. Assim, para estimar o efeito causal sobre os resultados, o método deve estimar o efeito contrafactual, ou seja, qual seria o resultado dos indicadores de saúde nos municípios que receberam recursos oriundos das EPIS, se eles não tivessem recebido tais recursos. Neste sentido, faz-se necessário identificar um grupo de comparação para estimar o que teria acontecido aos municípios na ausência das EPIS (Adaptado GERTLER *et al.*, 2015).

Diante disto, torna-se viável utilizar o método Diferença em Diferença (DD), adotado nos estudos de abordagem quase experimentais (REEVES; WELLS; WADDINGTON, 2017). O DD permite comparar as mudanças nos resultados ao longo do tempo nos municípios que receberam (o grupo de tratamento) e os municípios que não receberam os recursos financeiros advindos das EPIS (o grupo de comparação/controle) (Adaptado de GERTLER *et al.*, 2015).

Para definição da amostra, levaram-se em consideração os municípios brasileiros. Fez parte do grupo controle 2115 municípios, os que não receberam emendas. E o grupo tratamento, que recebeu recursos oriundos das EPIS, por sua vez, somam 3455, e representa 62% do total de municípios. Para as análises, consideraram-se informações da saúde pública, socioeconômicas e políticas.

O estabelecimento dos grupos de tratamento e controle pretende observar os efeitos das EPIS, considerando a equidade na saúde pública. Para tanto, analisou-se como resultado: (a) a Taxa de Mortalidade Infantil; (b) Cobertura Vacinal; (c) Cobertura





da Equipe de Saúde; (d) Nascidos Vivos com Baixo Peso; (e) Proporção de Consultas Pré-natal; (f) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

A mortalidade infantil é comumente aplicada para evidenciar as condições de desigualdade em saúde pública (CARVALHO *et al.*, 2015; VOLPE *et al.*, 2009), um dos objetivos que as EPIS deveriam buscar reduzir. E o fortalecimento das ações da Estratégia Saúde da Família, ampliação da cobertura vacinal e consultas pré-natal podem contribuir para reduzir os nascimentos com baixo peso e as mortalidades nesse grupo etário (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

O indicador ICSAB, por sua vez, instituído por meio da Portaria nº 221/2008, é considerado o instrumento de avaliação de desempenho da saúde pública e também do efeito de intervenções de políticas de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Considerou-se, na análise, a lista de causas da referida portaria. Diante do exposto, em seguida, discute-se a estratégia empírica de investigação.

### 3.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA: DIFERENÇA EM DIFERENÇA COM PROPENSITY SCORE MATCHING

O modelo DD merece atenção em relação ao efeito das variáveis omitidas, que poderia não revelar o efeito real da intervenção. Diante disto, adotando o que recomenda a literatura sobre a necessidade dos grupos de controle e tratamento serem comparáveis, ou melhor, que as diferenças entre os dois grupos sejam, em função das características, observáveis e controladas pela inserção de variáveis de controle (GERTLER *et al.*, 2015), utilizou-se a taxa de médicos na atenção básica, a proporção de internação, a despesa com saúde, o nível educacional, a taxa de água e os beneficiários do programa bolsa família.

Assim, empregou-se o *Propensity Score Matching* (PSM), que possibilita calcular a probabilidade ( $PX$ ) das unidades (os municípios) de tratamento e controle virem a receber recursos oriundos das EPIS, considerando os valores observados de suas características, ou melhor, o escore de propensão, que varia de 0 a 1.

O escore de propensão evidencia a probabilidade de o município ( $i$ ) receber EPIS, dado um conjunto de características observáveis ( $X_i$ ). Nesse caso, representado pelas variáveis socioeconômicas e de recursos para a saúde. Além da pertinência teórica, as variáveis utilizadas no pareamento foram baseadas em



exercícios de inclusão e exclusão, considerando a significância estatística no sentido de obter a melhor predição possível do modelo. Ele pode ser representado formalmente pela Equação 1, estimada através do modelo Probit.

$$(PX) = Pr(PMM_i = 1/X_i) \quad (1)$$

A partir dos resultados, realizou-se o pareamento entre os grupos de controle e tratamento que tinham os escores similares. O pareamento foi realizado por meio do vizinho mais próximo, por ser o mais usual na literatura. Ele faz o pareamento para cada unidade do grupo de municípios que recebeu o tratamento a pelo menos uma unidade do grupo controle com escores de propensão mais próximo (KHANDKER; KOOLWAL; SAMAD, 2010).

O pareamento se fez necessário em função dos grupos de tratamento e controle não serem escolhidos de forma aleatória e sim, de acordo com critérios de elegibilidade. Pois mesmo a distribuição de recursos públicos devendo ser equitativa, Baião, Oliveira e Couto (2020), Bijos (2018) e Baião, Cunha e Souza (2017) apontam iniquidades alocativas na destinação das EP.

Após a definição dos grupos, estimou-se os efeitos por meio do método de diferença em diferenças (DD). Como o próprio nome sugere, ele calcula duas diferenças. A primeira diz respeito à diferença entre as médias das variáveis de resultado para os grupos (tratamento e controle) antes e após a impositividade das EPIS. A segunda é a diferença da primeira diferença calculada entre os grupos de tratamento e controle. O Efeito Médio do Tratamento sobre o Tratado (Averange Treatment Effect on Treated – ATT) é obtido pela média das diferenças.

Formalmente, o efeito médio do tratamento sobre os municípios que foram contemplados com recursos oriundos das EPIS (tratados) pode ser representado pela equação:

$$ATT = E[Y_i^1 - Y_i^0 | T_i = 1, P(X)] = E(Y_i^1 | T_i = 1, P(X)) - E(Y_i^0 | T_i = 0, P(X)) \quad (2)$$

Neste estudo, o status de tratamento do município é representado por uma variável *dummy* (T) que possui valor “1” se o mesmo recebeu recursos oriundos de EPIS (Tratamento); e valor “0”, caso não tenha recebido (Controle). Ainda, representa-



se por  $Y_i^1$  o valor das variáveis de resultado para o município i, caso ele esteja sujeito ao Tratamento, e  $Y_i^0$  o valor das mesmas variáveis, caso esse município pertença ao grupo controle. X representa o vetor das características observáveis, e neste estudo, considerou-se algumas variáveis que contribuem para a formação da capacidade estatal, que são: o PIB *per capita*, o índice FIRJAN/educação de desenvolvimento municipal, estrato populacional, internações por condições sensíveis a atenção básica, transferências para a saúde, receita corrente *per capita*, e o deputado pertencer ao mesmo partido do prefeito e do governador. O escore de propensão  $P(x)$  é a probabilidade condicional de um município receber o tratamento (receber EPIS) dadas as suas características observáveis em X. Isto é,  $P(X) = \text{Probabilidade}(T=1|X)$ .

Assim Heckman *et al* (1997) salientam a estimativa do efeito do tratamento em dois estágios, em que o primeiro se refere ao recebimento de recursos oriundos de EPIS – *propensity score matching* – e o segundo, ao cálculo das diferenças das diferenças de tratados e controles ponderada pelo *propensity score matching*.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

### 4.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS UTILIZADOS PARA O ESCORE DE PROPENSÃO E DIFERENÇA EM DIFERENÇA

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva dos dados utilizados nas análises e o teste de médias.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas e teste de médias para os grupos de tratamento e controle, para os anos de 2013 e 2018.

Variáveis	Tratamento (n=3455)				Controle (n=2115)			
	Obs.	2013		Diferença	Obs.	2013		Diferença
		Média	Média			Média	média	
TMI	2.571	15,040	13.944	-1.096***	1.368	18,701	17,006	-1,695***
TxESF	3.346	115.061	158.327	43.266***	2,040	121,517	169.941	48,424***
Cob_Vac	3.452	79.198	86.341	7.143***	2,113	81.069	91.617	10,548***
ICSAB	3.454	28,249	24.284	-3,965***	2.112	26.850	23.192	-3.658***
PNV_BP	3.383	8.138	8.202	0.064	2.046	8.054	8.2499	0,196



Txp_natal	3.454	65.359	74.635	9.276***	2.115	62,632	72.941	10,309***
RCPC	5,914	3,340	3,475	-0,134***	3.453	3,378	3,506	-0,128***
IFDM_ed	6.900	0,725	0,777	-0,051***	4.223	0,702	0,754	-0,052***
TS	6.837	10,896	11,162	-0,265*	4.144	9,589	9,237	0,351**
Est_pop	3.455	1,607	1,64	0,033	2.115	1,239	1,262	0,023*
Inpip	6.907	1,097	1,234	-0,137***	4227	1,023	1,171	-0,147***
Dep_pref	3.455	0,796	0,588	-0,208***	2.115	0,767	0,615	-0,152***
Dep_gov	3.455	0,883	0,790	-0,093***	2.115	0,861	0,767	-0,094***
Txmed_AB	6.910	1,922	2,256	-0,333***	4.230	1,592	1,939	1,756***
PBF	6,910	359,707	299,199	60,508**	4.230	404,883	341,066	63,817**
Tx_agua	6.420	69,706	71,263	-1,556***	3.756	64,407	65,937	-1,529***
T_ES	6.910	1,177	1,347	-0,169***	4.230	1,076	1,249	-0,172***
TDIS	6.907	22,715	18,531	4,184***	4.226	24,681	20,052	4,629***
DS	6.837	500,139	699,754	- 199,615*	4.144	541,161	734,607	-193,446**

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: \*\*\* significante a 1%, \*\* significante a 5%, \* significante a 10%.

Nota: Obs é o número total de observações.

Conforme o teste de médias e a estatística descritiva apresentado na Tabela 1, identificamos a significância estatística ao nível de 1% na taxa de mortalidade infantil (TMI) com redução no indicador para ambos os grupos de municípios, na cobertura populacional pelas equipes de saúde (P\_ESF), na cobertura vacinal (Cob\_Vac) e na taxa de ICSAB. E, embora o indicador do grupo controle apresentasse média de redução maior, a TMI permanece menor no grupo tratado, que recebeu recursos advindos das EPIS. E, apesar da P\_ESF, Cob\_Vac e a taxa de ICSAB antes da impositividade das EPIs, demonstrar a necessidade do tratamento, mesmo com a intervenção, ou seja, recebimentos de recursos via EPIS, o incremento no grupo tratado foi menor que no grupo controle.

Em relação à proporção de nascidos vivos com baixo peso (PNV\_BP), o teste de médias não apresentou significância estatística nos grupos analisados. Sendo possível identificar um aumento do número de nascidos vivos com baixo peso nos dois grupos.

A taxa de consulta pré-natal, por sua vez, partiu de uma média maior, em 2013, no grupo tratado, no entanto, após os municípios receberem o tratamento, apresentou diferença média menor que os municípios do grupo controle.



Por serem políticas públicas consolidadas, aspectos de gestão, associados às capacidades e a atuação de organizações da sociedade civil podem influenciar sua *performance*. Por isso, seus resultados podem ser consequência de outros fatores para além da política social, que se está analisando. Dessa forma, a inserção de variáveis capazes de controlar esse efeito, se fez necessária. As variáveis sociais, econômicas e políticas foram utilizadas no pareamento dos grupos e no método de diferença em diferença como possíveis indicadores que motivam o processo de alocação das EPIS.

Os indicadores sociais e de saúde demonstram que houve diferenças médias positivas nos indicadores de taxa média de médicos na atenção básica, taxa de água, estabelecimentos de saúde, PIB *per capita*, taxa de distorção idade série, receita corrente *per capita*, índice FIRJAN/educação de desenvolvimento municipal e transferências para a saúde, este, no entanto, apresentou aumento após o tratamento, enquanto os municípios do grupo controle apresentou redução, o que pode ser devido os valores das EPIS entrar no cálculo do mínimo constitucional exigido da União.

Evidencia-se, nos indicadores significância estatística ao nível de 1% para ambos os grupos, exceção das transferências para a saúde, que foi estatisticamente significativa a 5% para o grupo controle e 10% para o grupo tratado. O incremento médio de 2013 para 2018 foi maior em todos os indicadores para os municípios do grupo controle, exceto para a taxa de água, receita corrente *per capita* e transferências para a saúde.

Através do PSM, pretendeu-se obter um *contrafactual* ou grupo controle (município que não receberam EPIS) que fosse o mais similar possível ao grupo de tratamento (municípios que receberam EPIS) com relação às características observáveis dos municípios que foram pareados.

A partir daí, verificou-se o efeito do tratamento (receber EPIS) nas variáveis dependentes que mensuram a *performance* da saúde. Cada município brasileiro que recebeu EPIS – grupo tratado – foi assim pareado com municípios similares que não receberam EPIS – grupo controle – através dos resultados de um modelo de probabilidades (*probit*).

A tabela 2 apresenta o resultado do modelo *Probit* para a estimação do escore de propensão, com o pareamento dos entes municipais pelo método do vizinho mais próximo. As especificações finais do modelo foram encontradas mediante exercícios de inclusão e exclusão de variáveis, além da pertinência teórica no sentido de



encontrar o melhor pareamento entre os municípios do grupo tratado e controle, satisfazendo a hipótese de balanceamento entre as variáveis incluídas no modelo.

Tabela 2: Resultado do *Propensity Score* para as variáveis de interesse

EPIS	Coef.	Erro Padrão	z	P>z	Intervalo de Coeficiente	
RCPC	-1,0787	0,1454985	-7,41	0,000***	-1,363872	-0,79352
IFDM_ED	-0,6835	0,1831206	-3,73	0,000***	-0,324597	-1,04241
ICSAB	0,0056	0,0016436	3,44	0,001***	0,008875	0,00243
TS	0,0076	0,0044081	1,74	0,081*	-0,000958	0,01632
EST_POP	0,2522	0,0300921	8,38	0,000***	0,193233	0,31119
LNPIP	0,4807	0,0849446	5,66	0,000***	0,314291	0,64726
DEP_PREF	0,0971	0,0447798	2,17	0,030**	0,009383	0,18491
DEP_GOV	0,1018	0,0553338	1,84	0,066*	-0,006575	0,21032
_cons	2,5034	0,4844184	5,17	0,000***	1,554044	3,45293

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Nota: \*\*\* significante a 1%, \*\* significante a 5%, \* significante a 10%.

De acordo com os resultados observados, percebe-se que oito variáveis permitiram a formação dos grupos de comparação e controle. A probabilidade estimada de receber EPIS é negativamente associada à capacidade de geração de receita própria pelo município. Quanto menor a receita corrente *per capita*, maior a probabilidade de receber recursos provenientes de EPIS, podendo indicar uma forma de potencializar o alcance político, diante da possibilidade da emenda ter um impacto maior em municípios com baixa autonomia financeira. Esse resultado sugere também um possível efeito inclusivo e equitativo das EPIS, alocando recursos públicos para os municípios que, de fato, mais necessitam desses recursos, como possível forma de corrigir as assimetrias em saúde, uma vez que municípios que apresentam as maiores necessidades de saúde são, geralmente, os que apresentam menor autonomia financeira.

Na mesma direção de inclusão e diminuição da desigualdade, os municípios que apresentaram o índice de internação por condições sensíveis à atenção básica mais alto no ano base da mostra (2013) apresentam maior probabilidade de receber recursos via EPIS. Resultado similar também foi obtido com índice da educação, quanto menor o IFDM-educação maior a probabilidade de receber os recursos advindos das EPIS, sugerindo que os recursos oriundos dos parlamentares buscam reduzir disparidades sociais entre os municípios brasileiros.



Nesta mesma perspectiva, os municípios que receberam mais transferências para a saúde também apresentaram maiores chances de receber recursos via EPIS, o que pode sugerir que são municípios mais necessitados em saúde, uma vez que o critério de repasse de recursos pelo poder executivo segue critérios equitativos e de necessidade de saúde, conforme preceitua a LC 141/2012.

Por sua vez, em sentido positivo, o tamanho populacional do ente municipal afeta positivamente o recebimento de EPIS. Visto que os municípios mais populosos tendem a ter, também, maiores “bolsões” de pobreza que pressionam a demanda por ASPS. Logo, municípios com populações maiores apresentam maiores necessidades de recursos para suprir as necessidades em saúde.

Estes resultados corroboram Bertholini, Pereira e Rennó (2018), os quais afirmam que as características socioeconômicas dos municípios influenciam a alocação dos recursos via emendas parlamentares, sendo, portanto bem-sucedidas em destinar recursos aos municípios mais necessitados. Podendo evidenciar que, além de atender às demandas locais, a alocação de recursos advindos das EPI pode garantir políticas públicas que minimizem as iniquidades do sistema de saúde.

Entretanto, quanto maior a riqueza dos municípios, medida pelo seu respectivo PIB *per capita*, maior a probabilidade de receber recursos provenientes de EPIS. Este resultado sugere um possível efeito dissipativo das transferências voluntárias de autoria dos legisladores brasileiros, alocando recursos públicos em municípios que não apresentam as maiores necessidades desses recursos. O que pode ser devido à capacidade institucional, ou seja, à capacidade do município estar organizado e apto a receber e executar apropriadamente o objeto da emenda, devido à série de exigências impostas aos municípios para receber transferências voluntárias do governo federal, como apontado por Baião, Couto e Oliveira (2020).

Outra possível justificativa seria a apontada por Klingensmith (2019), que as emendas parlamentares são usadas como capital político. No qual os parlamentares direcionam dinheiro federal para estados e municípios para apoiar a localização de projetos. Os empresários, por sua vez, recompensam os parlamentares com doações para as campanhas eleitorais, que podem ser usadas para aumentar a probabilidade de reeleição.

Consistente com as expectativas teóricas de Baião, Couto e Oliveira (2020) e Soares e Neiva (2011) os municípios em que o deputado federal é correligionário partidário do gestor municipal ou do governador tendem a atrair a atenção e interesse



dos parlamentares, alocando mais recursos via EPIS, o que sugere o viés político e a importância das redes políticas na alocação das emendas. No entanto, não são apenas os grupos de interesses e a rede política de interesses local que se beneficiam com as melhorias na política pública em saúde, proporcionadas pelos recursos oriundos das EPIS, mas a população do município como um todo. Permitindo encontrar, assim, um efeito multiplicador das EPIS, gerando externalidades positivas.

Definidos os grupos de tratamento e controle, os efeitos da impositividade das EPIS foram estimados para as variáveis de resultado relacionadas aos indicadores de saúde através do modelo Diferença em Diferença.

A Tabela 3 indica o efeito da impositividade das EPIS para as variáveis de resultado - taxa de mortalidade infantil, cobertura vacinal, cobertura da estratégia saúde da família, internações por condições sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequada - para o ano de 2018 em comparação ao período anterior à impositividade das EPIS, ano de 2013.

As variáveis de controle utilizadas que captam a dimensão da capacidade estatal foram: a proporção de estabelecimentos de saúde, a taxa de médicos na Atenção Básica, as despesas com saúde por habitante – que ajudam a identificar os municípios que apresentam maiores necessidades em saúde – e a taxa de distorção idade série, de água e de pessoas beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – que permite a entender um pouco as desigualdades sociais que afetam diretamente a qualidade da saúde pública do município. Os controles utilizados reforçam os argumentos da literatura em relação aos fatores que deveriam ser atrativos para os parlamentares alocarem suas emendas.

Os resultados encontrados endossam os estudos de Bertholini, Pereira e Rennó (2018) e Rennó e Pereira (2013) que também avaliaram com métodos quase-experimentais os efeitos das EPI nos municípios, e identificaram que as mesmas são capazes de atenuar as desigualdades, pois repercutem de forma positiva em fatores sociais e promovem desenvolvimento.

Tabela 3: Efeito de tratamento das EPIS em indicadores de saúde

Variável	Tratados (n)	Controle (n)	ATT	Erro Padrão	t
TMI	3256	1236	-7,877	4,012	-1,963**
T_ESF	3256	1236	-9,068	7,270	-1,247
Cob_Vac	3256	1236	-0,457	0,481	-0,950



ICSAB	3256	1236	-0,091	0,112	-0,819
PNV_BP	3256	1236	0,090	0,137	0,656
Txp_natal	3256	1236	-0,023	0,030	-0,753

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: \*\* significante a 5%.

Um dos objetivos da impositividade das EPIS é contribuir para a alocação equânime de recursos públicos. De acordo com a estimativa, controlando o modelo com variáveis sociais e de saúde, que demonstrava a capacidade estatal, percebe-se que após a vigência do orçamento impositivo, o efeito médio do tratamento sobre o grupo tratado foi significativo estatisticamente ao nível de 5% para a taxa mortalidade infantil (captada pela variável TMI). Portanto, o fato do município receber recursos oriundos das EPIS gerou efeito para a TMI, com diferença média de redução em 6,90% para os municípios que receberam EPIS, grupo tratado, em relação aos que não receberam, grupo controle. Este resultado corrobora o encontrado por Bertholine, Pereira e Rennó (2018), que ao estudarem as EP de 2002 a 2009, destacaram que as EPI podem ser capazes de reduzir a mortalidade infantil no Brasil, gerando a inclusão social.

Rennó e Pereira (2013) apontam também, que recursos oriundos de emendas parlamentares podem ser destinados a melhorias na qualidade do atendimento à população em áreas como saúde, educação e segurança. Inserindo recursos públicos onde eles são necessários, especialmente, nas municipalidades mais pobres, com graves problemas sociais e econômicos e acesso restrito a verbas públicas, podendo, assim, contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil.

Nesta mesma perspectiva, Almeida (2021), Oliveira (2018), Carvalho (2007) e Ames (2003), indicam que as emendas parlamentares têm propensão de reduzir as desigualdades regionais refletidas na melhoria dos indicadores sociais e de saúde.

Sendo possível identificar que os legisladores, motivados pelos níveis de cooperação entre os entes federativos, envolvendo as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta, contribuem com aporte financeiro para a saúde, com a entrega de recursos que podem contribuir para reduzir as desigualdades em saúde pública, medida através da TMI, como proposto por Carvalho *et al.* (2015) e Volpe *et al.* (2009).



Esse resultado, portanto, segue na contramão do apontando por Baião, Couto e Oliveira (2020) e Baião, Cunha e Souza (2017), os quais apontam que as emendas não são capazes de corrigir as distorções sociais, e descrevem que a alocação das emendas parlamentares beneficia regiões sem critérios lógicos, não levam em consideração as necessidades locais, e os municípios que mais necessitam, geralmente, não recebem estes recursos.

No entanto, ao considerar a cobertura da estratégia saúde da família e cobertura vacinal, internações por condições sensíveis a atenção básica, proporção de nascidos vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequada, o efeito médio do tratamento sobre o grupo tratado não foi significativo. Logo, pode-se dizer que a impositividade das EPI, proposta pela EC 86/2015, não apresentou efeito sobre esses indicadores municipais de saúde no período considerado, demonstrando que as EPIS podem ter efeito dissipativo, o que pode ser devido ao Ministério da Saúde não disponibilizar aos parlamentares informações sobre os estados/municípios com maior carência financeira na área da saúde, conforme preconiza o art. 17 da LC 141/12, e apontado por Silva, Monteiro e Cedraz (2018).

O efeito não significativo das EPIS pode ser, também, devido ao apontado por Rodrigues (2018) e Vieira e Benevides (2016), os quais descrevem que a União, apesar de elevada participação no financiamento, tem retraído sua participação proporcional nas contas da saúde, devido ao proposto pelas EC 86/2015 e EC 95/2016, e, portanto, essa redução de recursos pode ter influenciado para que os indicadores de saúde não apresentassem efeito significativo, no período analisado. 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.

Conforme apontam Piola e Vieira (2019), a execução das emendas parlamentares, em 2015, era 1,7% da despesa total com ASPS, em 2017, atingiu o patamar de 8%, indicando que o Ministério da Saúde pode estar “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares. No entanto, os parlamentares não têm a obrigatoriedade de seguir os critérios de necessidade de saúde inscritos no art. 17 da LC 141/2012, e isso pode fazer com que alguns municípios sejam mais beneficiados que os outros, fazendo com que esse tipo de recurso não seja capaz de corrigir as distorções em saúde, podendo até aumentá-las.



Ou, devido, à discricionariedade dos parlamentares na alocação dos recursos públicos, que, para se manter no poder, optam por priorizar as redes políticas em detrimento à capacidade estatal e às necessidades de saúde. Corroborando Baião e Couto (2017), quando estes apontam que as transferências às prefeituras são mais eficazes e tornam-se mais visíveis aos eleitores quando o prefeito e o deputado são correligionários partidários, garantindo a reeleição do parlamentar.

Essa lógica vai ao encontro do proposto por Rodrigues (2019) e De Carvalho Ferreira e Oliveira (2017), pois estes apontam que, ao transferir ao Legislativo parcela do poder decisório na escolha de prioridades para fins de implementação de políticas públicas é possível que o parlamentar aperfeiçoe a proposta encaminhada pelo poder executivo, visando uma melhor alocação dos recursos públicos, no entanto, não necessariamente garante que a aplicação de recursos seja efetiva para o atendimento das necessidades e correção das assimetrias no sistema de transferências de recursos brasileiro.

A implementação de políticas envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para a realização das políticas públicas, fazendo com que os gestores tenham que estabelecer redes políticas e se relacionar, simultaneamente, com o poder legislativo, na produção de políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2015; SÁ E SILVA; LOPEZ; PIRES, 2010), principalmente de saúde, que, além de ter metade do percentual das EPI destinadas à saúde, Piola e Vieira (2019) apontam que o Ministério da Saúde vem empenhando valor superior ao exigido constitucionalmente via emendas parlamentares, denotando que o poder executivo está “abrindo mão” de definir a alocação de recursos para a saúde, exigido constitucionalmente, em prol dos parlamentares.

O Congresso Nacional, portanto, ao ser a casa da diversidade político-partidária, tem a possibilidade de alterar o desenho orçamentário da política pública construído pelo governo e sua base, equalizando seus efeitos. Neste sentido, as EPIS permitem aos parlamentares intervirem diretamente no processo orçamentário, compartilhando com o Poder Executivo a responsabilidade pelos resultados do investimento na política pública de saúde.

Destarte, as EPIS compõem a aplicação mínima da União em ASPS, mas não seguem critérios objetivos e uniformes para a alocação, baseados na capacidade estatal, mas sim na discricionariedade do parlamentar, que, por vezes, pode transferir volumes expressivos de recursos para municípios que apresentam boas condições de



saúde em detrimento aos que apresentam as maiores vulnerabilidade, devido, sobretudo, ao estabelecimento de redes políticas. O que pode ter influenciado para que alguns dos indicadores de resultado da saúde analisados, não se mostrassem significativos.

No entanto, o desejável é que a alocação dos recursos via EPIS seguisse critérios equitativos e o Ministério da Saúde, ao compartilhar a responsabilidade na definição da alocação de recursos para a saúde em prol dos parlamentares, determinasse critérios de necessidade de saúde, a serem seguidos. Assim, estes recursos poderiam alcançar melhores resultados na minimização das assimetrias em saúde, visto que o parlamentar tem a possibilidade de conhecer a demanda local melhor que o governo federal e implementar políticas públicas congruentes com a necessidade local, o que poderia traduzir em melhores resultados, como equidade e efetividade na política pública de saúde, em relação às políticas nacionais e universalistas. Visto que, nesse estudo, as EPIS têm propensão de atenuar as desigualdades em saúde refletidas na redução da mortalidade infantil.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do orçamento impositivo, que impõe a obrigatoriedade de metade dos recursos das emendas parlamentares individuais serem destinadas à saúde, pode ser considerada bem-sucedida, visto que tem propensão de minimizar as desigualdades em saúde no território brasileiro.

Após comparar os resultados dos grupos de tratamento e controle, anterior e após o recebimento das EPIS, identificamos que houve diferença entre os dois grupos, no tempo e entre eles, para o indicador taxa de mortalidade infantil, que é usado para medir a desigualdade em saúde, conforme proposto por Carvalho *et al.* (2015) e Volpe *et al.* (2009). A diferença significativa na taxa de mortalidade infantil indica que as EPIS podem estar cumprindo seu papel de oportunidade de correção de assimetrias e iniquidades presentes nas vias orçamentárias primárias e nas demais formas de transferências intergovernamentais, sendo, portanto, efetivas alocativamente.

Entretanto, essa inclusão também apresenta características de dissipação de recursos, pois indicadores como a taxa de cobertura da estratégia saúde da família, cobertura vacinal, internações sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos



vivos com baixo peso e de consultas pré-natal adequada, não foram significativas estatisticamente para explicar a destinação das EPIS, ou seja, o padrão verificado com a mortalidade infantil não é reproduzido por outras dimensões de saúde no Brasil, demonstrando que o sistema atual funciona, mas necessita ser aprimorado.

Os resultados foram controlados por fatores relacionados à infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde, recursos e por questões sociais e políticas que poderiam afetar os indicadores de saúde analisados, bem como atrair o parlamentar a destinar as EPIs. Em muitos dos indicadores sociais de controle houve retracções ou pouco avanço nos municípios, o que pode ter comprometido os resultados da saúde.

Diante do exposto, os resultados sugerem aos formuladores de políticas e gestores públicos a necessidade de conjugar políticas públicas intersetoriais visando amenizar ou reduzir os determinantes sociais, visto que os mesmos têm relação direta com a saúde. Além do mais, os achados desse estudo, em relação à redução na taxa de mortalidade infantil, contribuem com a literatura em ciência política que aponta que as emendas parlamentares são capazes de reduzir as desigualdades sociais e de saúde.

Nesse sentido, as emendas permitem aos parlamentares intervir diretamente no processo orçamentário, compartilhando responsabilidade pelos resultados dos investimentos em políticas públicas de saúde com o Poder Executivo, pois, além de fiscalizar, o poder legislativo, passa, também, a definir as políticas públicas de saúde em conjunto com o poder executivo.

Porém, é preciso ressaltar que os resultados são de apenas um ano, sendo necessário, para trabalhos futuros, analisar os efeitos das emendas parlamentares nos indicadores de resultados da saúde no contexto dos municípios brasileiros com acompanhamento da série temporal maior, ano a ano, bem como inserir novas variáveis de controle que podem impactar os indicadores de resultado da saúde, assim como impulsionar os parlamentares a indicar as emendas de sua autoria, a fim de aprofundar o entendimento se as emendas parlamentares são efetivas ao propor políticas públicas de saúde.



## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de administração pública*, v. 41, p. 67-86, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000700005>

ALMEIDA, D. P. B. de. The myth of the allocative inefficiency of parliamentary amendments. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 34, 2021. <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/THwcX3P3QSDzJNHKhCKzvdd/abstract/?lang=pt>

AMES, B.. Os Entraves da Democracia no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

AMES, B.; PEREIRA, C.; RENNÓ, L. Famintos por pork: uma análise da demanda e oferta por políticas localistas e suas implicações para a representação política. In: POWER, Timothy; ZUCCO JR., Cesar (orgs.). *O Congresso por ele mesmo: autopercepções da classe política brasileira*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011. p. 239-272.

ANTINARELLI, M. E. P. B. 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, 2012. <https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/article/view/P.0304-2340.2012v61p445>

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Brazilian municipalities and their own expenditures on health: some associations. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 953-963, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>

ARRETCHE, M. A agenda institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 64, p. 147-151, 2007.

ARRETCHE, M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo: Editora Revan, 2000.

ARRETCHE, M.. Federal financing and local management of social policies: the balance among regulation, accountability and autonomy. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 331-345, 2003.

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v8n2/a02v08n2.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v8n2/a02v08n2.pdf)

ARRETCHE, M.. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? Novos estudos CEBRAP, n. 95, p. 39-57, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002013000100003>

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G. A eficácia do pork barrel: a importância de emendas orçamentárias e prefeitos aliados na eleição de deputados. *Opinião Pública*, v. 23, n. 3, p. 714-753, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-01912017233714>

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; JUCÁ, I. C. A execução das emendas orçamentárias individuais: papel de ministros, cargos de liderança e normas fiscais. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 25, p. 47-86, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-335220182502>



BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA V. E. de Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. Rev. Sociol. Polit. vol. 27 no 71 Curitiba 2019 Epub Mar 09, 2020.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. 2017. <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>

BAPTISTA, T. W. de F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 2267-2279, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>

BATISTA, M. Burocracia local e qualidade da implementação de políticas descentralizadas: uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros. Revista do Serviço Público, v. 66, n. 3, p. 345-370, 2015. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i3.571>

BERTHOLINI, F.; PEREIRA, C.; RENNO, L. Pork is policy: Dissipative inclusion at the local level. Governance, v. 31, n. 4, p. 701-720, 2018. <https://doi.org/10.1111/gove.12331>

BIJOS, D. Repensando as Transferências Voluntárias pela Perspectiva dos Atores e das Instituições Locais. Desenvolvimento em Questão, v. 16, n. 44, p. 322-350, 2018. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2018.44.322-350>

BOSCHI, R.; GAITÁN, F. Brasil e os atores emergentes em perspectiva comparada: capacidades estatais e a dimensão político-institucional. Brasília, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

CARVALHO, M. 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 do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, 2007. [https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2103/efeto\\_emendas\\_carvalho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2103/efeto_emendas_carvalho.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CARVALHO, R. A. da S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 49, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004794>

DE CARVALHO FERREIRA, F. G. B.; OLIVEIRA, C. L. 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, 2017.  
<https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183>

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. Incentivos eleitorais, partidos e política orçamentária. Dados, v. 45, n. 2, p. 303-344, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582002000200005>

GERTLER, P. J. et al. Avaliação de impacto na prática. World Bank Publications, 2015. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2550/9781464800887.pdf?sequence=19>

GOMIDE, A. de Á.; PIRES, R. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. Ipea, 2014. <https://web.bnDES.gov.br/bib/jspui/handle/1408/13999>

GREGGIANIN, E.; SILVA, J. R. P. O orçamento impositivo das emendas individuais: disposições da Emenda Constitucional no 86, de 2015, e da LDO 2015. Brasília: Senado Federal, 2015. (Orçamento em Discussão, n. 16).

HECKMAN, J. et al. Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme. The review of economic studies, v. 64, n. 4, p. 605-654, 1997. <https://doi.org/10.2307/2971733>

HERRLEIN JR., R. A construção de um Estado democrático para o desenvolvimento no século XXI. Brasília: Ipea, 2014. (Texto para Discussão, n. 1935). <http://hdl.handle.net/10419/121508>

JESSOP, B. Bringing the state back in (yet again): reviews, revisions, rejections, and redirections. International Review of Sociology/Revue internationale de sociologie, v. 11, n. 2, p. 149-173, 2001. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713674035?journalCode=cirs20>

KHANDKER, S. R.; KOOLWAL, G. B.; SAMAD, H. A. Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. World Bank Publications, 2009.

KLINGENSMITH, J. Z. Political Entrepreneurs and Pork-Barrel Spending. Economies, v. 7, n. 1, p. 16, 2019. <https://doi.org/10.3390/economies7010016>

LAHUD, V. P. M. Financiamento federal da saúde: efeitos do orçamento impositivo. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. <http://dx.doi.org/10.26512/2016.10.D.31135>

LEFTWICH, A.; HOGG, S. The case for leadership and the primacy of politics in building effective states, institutions and governance for sustainable growth and social development. Birmingham: DLP, 2011. (Background Paper, n. 5).

LEMOS, L. B. de S. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. Dados, v. 44, n. 3, p. 561-605, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582001000300004>



LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. *Dados*, v. 48, n. 4, p. 737-776, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000400002>

LOWI, T. J. American business, public policy, case-studies, and political theory. *World Pol.*, v. 16, p. 677, 1963. <https://doi.org/10.2307/2009452>

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>

MASKIN, E.; TIROLE, J. Pandering and pork-barrel politics. *Journal of Public Economics*, v. 176, p. 79-93, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2019.04.005>

MENEZES, D. C.; PEDERIVA, J. H. Orçamento impositivo: elementos para discussão. *Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, v. 7, n. 4, p. 178-185, 2015. <https://doi.org/10.21118/apgs.v7i4.4677>

MONTEIRO; J. M.; CEDRAZ; A.; SILVA; C. M. da C. Relatório de auditoria. Emendas parlamentares ao projeto de lei orçamentária. Falhas na informação e definição de objetos prioritários. TCU. 2018. <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/783966430/relatorio-de-auditoria-ra-ra-1827220185/inteiro-teor-783966444>

O'DONNELL, G. Democracia, agência e estado: Teoria com intenção comparativa. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2009. <https://ieei.unesp.br/portal/wp-content/uploads/2012/04/Politica-Externa-20-04-Luis-Fernando-Ayerbe.pdf>

OLIVEIRA, C. N. de. 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>

PAINTER, M.; PIERRE, J. Unpacking Policy Capacity: issues and themes. In: PAINTER, Martin; PIERRE, Jon. Challenges to State Policy Capacity. New York: Palgrave Macmillan, 2005. p. 1-18. [https://doi.org/10.1057/9780230524194\\_1](https://doi.org/10.1057/9780230524194_1)

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. As emendas parlamentares ea alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Texto para Discussão, 2019. <http://hdl.handle.net/10419/211448>

PIRES, R. R. C. GOMIDE, A. A. Variações setoriais em arranjos de implementação de programas federais. *Revista do Serviço Público*. 66(2), Brasília, 2015. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2319>

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de Á.. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de sociologia e política*, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016. <https://doi.org/10.1590/1678-987316245806>



RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC public health, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-380>

REEVES, B. C.; WELLS, G. A.; WADDINGTON, Hugh. Quasi-experimental study designs series—paper 5: a checklist for classifying studies evaluating the effects on health interventions—a taxonomy without labels. Journal of Clinical Epidemiology, v. 89, p. 30-42, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.02.016>

RENNÓ, L. R. J.; PEREIRA, C. E. F. F. Gastos públicos, emendas orçamentárias do Legislativo e inclusão dissipativa nos municípios brasileiros: 1998 a 2010. Universidade de Brasília–UNB, 2013. <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/pdf/EmendasOr%C3%A7amentoEfeitoPositivo.pdf>

REZENDE, F. Federalismo fiscal: em busca de um novo modelo. In: Oliveira, R. P.; Santana, W. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade. Brasília: Unesco, 2010. p. 71-88. [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unesco/educacao\\_federalismo.pdf#page=69](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unesco/educacao_federalismo.pdf#page=69)

RODRIGUES, J. A. M. Emendas Parlamentares Individuais e Conexão Partidária: um estudo de caso do Ministério das Cidades. 2018. <http://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/555175>

RODRIGUES, T. A. 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, 2019. <https://www12.senado.leg.br/revistaorcamento>

SÁ E SILVA, F. S. E.; LOPEZ, F. G.; PIRES, Roberto. Introdução: a democracia no desenvolvimento e o desenvolvimento da democracia. FABIO SÁ e SILVA; FELIX LOPEZ; ROBERTO PIRES.(Org.). Estado, instituições e democracia: democracia. Brasília: IPEA, v. 2, p. 17-46, 2010.

SAMUELS, D. J. Pork barreling 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, 2002. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1111/0022-3816.00149>

SANTOS, A. M. S. P; NAZARETH, P. A. Crise fiscal e seus impactos nas relações interfederativas: o caso dos municípios fluminenses. Geo UERJ, n. 31, p. 1-33, 2017. <https://doi.org/10.12957/geouerj.2017.32055>

SILVA, M. F. G. Políticas de governo e planejamento estratégico como problemas de escolha pública II. Revista de Administração de Empresas, v. 36, n. 4, p. 38-50, 1996. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901996000300005>



SOARES, M. M.; NEIVA, P. R. P. Federalism and Public Resources in Brazil: Federal Discretionary Transfers to States. *Brazilian Political Science Review*, v. 5, n. 2, p. 94-116, 2011. <https://www.redalyc.org/articulo oa?id=394341998004>

SODRÉ, A. C. de A.; ALVES, M. F. C. Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000300003>

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno Crh*, v. 16, n. 39, 2003. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v16i39.18743>

STEIN, G. Q. Capacidades estatais e políticas públicas: análise das políticas industriais brasileiras no século XXI. In: Seminário Internacional de Ciência Política, 1., 2015, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: UFRGS, 2015. p. 79-104. [https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/Stein\\_Capacidades-Estatais-e-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas\\_SICP\\_2015-1.pdf](https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/Stein_Capacidades-Estatais-e-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas_SICP_2015-1.pdf)

TAVARES, R. P. Orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais: análise comparativa da execução orçamentária de 2012 a 2015 no âmbito do MCTIC. 2016. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2504>

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016. <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>

VOLPE, F. M. et al. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. *Revista panamericana de salud publica*, v. 26, p. 478-484, 2009. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n6/478-484/>

WANG, X.; HERD, R. The system of revenue sharing and fiscal transfers in China. *OECD Economics Department Working Papers*, n. 1030, OECD Publishing, 2013. The system of revenue sharing and fiscal transfers in China. [s.l: s.n.]. Acesso em: 30 jan. 2020. <https://doi.org/10.1787/5k4bwnwtmx0r-en>

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>

