

ORÇAMENTO IMPOSITIVO: A EXPERIÊNCIA DA SAÚDE

IMPOSING BUDGETING: THE HEALTH CARE EXPERIENCE

PRESUPUESTO IMPOSITIVO: LA EXPERIENCIA DE LA SALUD

Resumo

O cenário do financiamento público foi alterado em 2015, quando se tornou obrigatória a execução do montante financeiro aportado por emendas parlamentares individuais. Assim, é razoável antever que a destinação dessas emendas precisará ser gerenciada, buscando alinhamento com as políticas públicas. O contexto da saúde foi selecionado para este trabalho exploratório, dado o potencial impacto dessa alteração no campo sanitário. Analisou-se em que medida as emendas parlamentares ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2012 e 2015, estavam alinhadas à agenda do sistema e como isso aponta para os alinhamentos entre o Executivo e o Legislativo. Foram realizadas análises quantitativas e qualitativas, procurando responder a se as emendas impositivas contribuem para o fortalecimento do financiamento da política de saúde e para o alcance da sua pauta prioritária.

Palavras-chave: Gestão pública, Sistema Único de Saúde, financiamento público, orçamento impositivo, emendas parlamentares.

Mariana Helcias Côrtes Gonzaga Sagastume marianahelcias@gmail.com
Mestre em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília – Brasília – DF, Brasil

Rodrigo Lino de Brito rodrigo.lino.brito@gmail.com
Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Recife – PE, Brasil

Rodrigo Moraes Lima Delgado rodelgado80@gmail.com
Especialista em Gestão Pública pela Escola Nacional de Administração Pública – Brasília – DF, Brasil

Bruno Pinto de Moraes brunomoraesbsb@gmail.com
Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade de Brasília – Brasília – DF, Brasil

Submetido 02.09.2016. Aprovado 24.07.2017

Avaliado pelo processo de *double blind review*.

DOI: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.64009>

Abstract

The scenario of public funding changed in 2015, when expenditure amendments to the budget bill by individual congress members had their execution made mandatory. Thus, it is reasonable to expect that the allocation of these amendments will need to be managed, with a view to aligning them with public policies. In this exploratory article, we selected the context of health care because of the potential impact of this change on this field. We analyzed to what extent congress members' expenditure amendments to the Unified Health Care System (SUS) between 2012 and 2015 were in line with the system's agenda and how this indicates alignments between the executive and legislative branches. Quantitative and qualitative analyses were conducted to determine whether mandatory amendments contribute to strengthen the funding of health care policy and to achieve the goals of its agenda.

Keywords: Public management, Unified Health Care System (SUS), public funding, imposing budgeting, congress members' expenditure amendments.

Resumen

El escenario del financiamiento público se modificó en 2015, cuando se hizo obligatoria la ejecución del monto financiero aportado por enmiendas parlamentarias individuales. Así, es razonable antever que la destinación de estas enmiendas necesitará gestionarse, buscando alineación con las políticas públicas. El contexto de la salud fue seleccionado para este trabajo exploratorio debido al potencial impacto de esa alteración en el campo sanitario. Se analizó en qué medida las enmiendas parlamentarias al Sistema Único de Salud – SUS, entre 2012 y 2015, estaban alineadas a la agenda del sistema y cómo eso apunta hacia las alineaciones entre los poderes Ejecutivo y Legislativo. Se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos con el propósito de responder si las enmiendas impositivas contribuyen al fortalecimiento del financiamiento de la Política de Salud y al logro de su pauta prioritaria.

Palabras clave: Administración Pública, sistema único de salud, financiamiento público, presupuesto impositivo, enmiendas parlamentarias.

INTRODUÇÃO

O debate sobre o financiamento de políticas públicas em saúde não pode ser distanciado de um debate jurídico. Isso porque a Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) está largamente regulamentado na CF e em normativos legais e infralegais.

De maneira controversa, a resposta à antiga reivindicação por fontes estáveis para as despesas em saúde se formalizou pela Emenda Constitucional (EC) n. 29 (2000), que procurou regulamentar o parágrafo 3º do artigo 198 da CF – o qual determina que, por meio de lei complementar (LC), seriam

definidos percentuais mínimos de aplicação em saúde (ou em ações e serviços públicos em saúde – ASPS) para todos os entes. O escopo dos gastos em ASPS foi estabelecido pela LC n. 141 (2012), enquanto, pelo texto da referida Emenda n. 29, também houve previsão de um cenário de transição para o financiamento em saúde (Rosa, 2016).

Com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 2014 (Lei n. 12.919, 2013), outra inovação quanto à execução dos gastos em saúde foi implementada a partir do chamado orçamento impositivo, o qual obriga a execução orçamentária e financeira de emendas parlamentares individuais, sendo no mínimo a metade desse total em emendas parlamentares individuais destinada a ações e serviços públicos de saúde (Greggianin & Silva, 2015a, 2015b).

Assim, no período recente, houve alteração

na conjuntura federativa a partir de mudanças dos regulamentos do financiamento da política de saúde, principalmente em relação à correlação entre os Poderes Executivo e Legislativo (Greggianin & Silva, 2015b; Tollini et al., 2013).

Esta análise busca compreender a situação atual do orçamento impositivo, considerando seu potencial impacto e o contexto de normatização já existente no âmbito do SUS, além de apreciar em que medida as propostas de emendas impositivas estão coordenadas com a agenda da política nacional de saúde e quais seriam os possíveis alinhamentos a serem realizados.

O orçamento público brasileiro no campo da saúde

A política de saúde brasileira visa a descentralização e é dependente da pactuação de decisões entre os entes federativos no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para o funcionamento da política de saúde (Palotti & Machado, 2014). É possível identificar o aperfeiçoamento do gasto em saúde com a evolução do marco normativo do SUS desde a CF/1988 até dias mais recentes, com a Portaria GM/MS n. 204 (2007) – quando o repasse financeiro do nível federal aos demais entes foi organizado em cinco blocos de financiamento (com a incorporação, em 2009, do sexto) (Viana, Brito & Santos, 2014).

Em relação ao pacto federativo vigente, é importante acrescentar detalhes para contextualizar a situação atual. Apesar de ter havido incremento real de 114% no volume total de recursos públicos destinados ao setor saúde com a EC n. 29/2000, a participação do Governo Federal nesse total foi reduzida, cain-

do de uma média de 60% no exercício 2000 para 45% em 2010 (Viana et al., 2014).

Em que pese a grande descentralização de recursos, a União se mantém como o principal *agenda settler* na saúde – já que é o nível central que propõe as deliberações em mais de 90% das vezes na CIT (Palotti & Machado, 2014). Esse último dado, somado ao fato de que quase metade das pactuações na CIT dizem respeito a recursos financeiros, destaca a relevância desse tema nas relações federativas.

A partir da EC n. 29/2000, o gasto em saúde estava diretamente atrelado a um indicador de crescimento econômico dinâmico (o Produto Interno Bruto – PIB). Deve-se lembrar, também, do cenário de transição previsto entre a EC n. 29/2000 e a EC n. 86 (2015): até o exercício de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no caso da União, ao montante empenhado em ASPS no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento para o exercício financeiro 2000; e ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB, para os exercícios de 2001 a 2004.

Com a aprovação da LC n. 141/2012, foi regulamentada a matéria, de modo a assegurar que se manteve o investimento mínimo previsto para os entes subnacionais e estabeleceu-se ainda que, em caso de variação negativa do PIB, o valor de investimento não poderia ser reduzido no ano seguinte, em termos nominais.

Além da incorporação do orçamento parlamentar impositivo (limitado a 1,2% da Receita Corrente Líquida – RCL), pela EC n.

86/2015, a nova base constitucional para a aplicação mínima em ASPS a partir de 2016 (primeiro exercício subsequente ao da vigência da EC n. 86) será a RCL da União, sendo esse piso de 13,2% para 2016, de 13,7% para 2017, de 14,1% para 2018, de 14,5% para 2019 e de 15% a partir de 2020 (Greggianin & Silva, 2015b; Rosa, 2016).

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

Possivelmente, tal situação poderá ser sobrecarregada pela possibilidade de os recursos serem dissipados, caso as emendas impositivas sigam uma lógica personalista para as bases eleitorais dos parlamentares. Entretanto, cria-se, na mesma medida, a oportunidade de que mecanismos de coordenação e articulação sejam utilizados para a alocação de recursos, em especial em atividades que não costumam ser priorizadas (Rennó & Pereira, 2013).

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

Também se devem incorporar, a esse debate, as características peculiares da lei orçamentária no Brasil. Essa lei tem natureza temporária (de um exercício financeiro) e é de aplicação não direta ou imediata, tendo em vista que sua execução financeira depende da arrecadação efetiva para viabilizar as receitas, além de fatores externos no que diz respeito às despesas (Conti, 2013; Piscitelli, 2006).

O cumprimento, portanto, da lei orçamentária deve restar entre dois extremos: não se trata de um ordenamento jurídico rígido e que disponha de completa exigência em fazer; mas não pode, de maneira alguma, ser considerado um normativo meramente formal e inócuo para o planejamento e gestão governamentais (Silva, 2013; Tollini et al., 2013). Esse caráter autorizativo, associado ao controle sobre a liberação dos recursos do orçamento brasileiro, oferece bastante independência ao Poder Executivo na definição das transferências voluntárias (Piscitelli, 2006; Rennó & Pereira, 2013).

Não se deve olvidar que as leis aprovadas pelo Parlamento devem refletir a vontade popular, de maneira que a fiel aplicação do orçamento também indica respeito à democracia, à independência e à autonomia dos poderes, e ao planejamento e à gestão eficientes da administração pública (Conti, 2013; Silva, 2013).

Vale acrescentar pequenas notas teóricas a respeito do processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, o qual ocorre por meio de peças formais de planejamento (como a LDO), bem como de instrumentos específicos do SUS. Em 2011,

o Ministério da Saúde (MS) se empenhou para formalizar um planejamento estratégico (PE) que compatibilizasse esses instrumentos. Como resultado, foram formulados 16 objetivos estratégicos (OE) que, como norteadores institucionais, passaram a fundamentar a visão de futuro do MS para a gestão de 2012 a 2015 (MS, 2015). Esses 16 OE foram utilizados como referência para a construção da resposta ao nosso segundo objetivo específico do estudo, como se verá. No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida como a rede ordenadora dos serviços, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Dentro desse cenário, a AB foi selecionada como o escopo deste trabalho, sendo o OE 1 do MS – específico da AB – utilizado como referência para as análises apresentadas posteriormente.

Objetivos

À luz do contexto brevemente apresentado, procurou-se analisar se as emendas parlamentares ao orçamento da política de atenção à saúde constantes do orçamento geral da União para a AB contribuem para o fortalecimento do financiamento da política de saúde, em especial para o alcance dos objetivos e metas definidos no âmbito dessa política.

Como objetivos específicos, procurou-se:

- avaliar a relevância do montante de recursos de emendas parlamentares individuais ao orçamento federal da Saúde;
- identificar quais os objetivos e metas definidos como prioritários pelos gestores federais da política de AB para o período de

2012 a 2015;

- levantar e organizar as emendas parlamentares individuais ao orçamento da política de AB aportadas ao orçamento geral da União, para o período de 2012 a 2015, e avaliá-las de acordo com o seu alinhamento com os objetivos e metas da política de saúde do mesmo período;
- explorar possíveis estratégias para que as emendas parlamentares individuais possam contribuir com fortalecimento da política de saúde, de acordo com os objetivos e metas definidos pelo SUS.

METODOLOGIA

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

A atenção à saúde está estruturada de maneira hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Assim, os serviços de saúde são classificados entre os níveis de atenção primário (ou AB), secundário e terciário (ou média e alta complexidade), conforme o grau de complexidade tecnológica requerida. Os serviços de atenção à saúde que não estão contemplados pela AB e que dependem de algum nível de especialidade são chamados de atenção especializada (AE).

Ainda, o atual modelo do sistema de saúde agrega os principais serviços de saúde diretos aos cidadãos na atenção à saúde. Os demais serviços referem-se à Saúde Indígena – por demais específica para estas análises –, à Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos (com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde) e à Vigilância em Saúde (que atua por meio das ações de Vigilância Epidemiológica, incluídos os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores; o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes).

Neste estudo, optou-se por contemplar as emendas parlamentares destinadas à AB da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e indicadas entre os exercícios 2012 e 2015 (período também relativo ao último Plano Plurianual – PPA). Deve-se registrar que as informações de emendas para a AE foram acessadas; todavia, tendo em vista o escopo deste trabalho, não se considerou pertinente sua análise neste momento.

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

A busca foi restrita para as informações sobre as emendas destinadas à Unidade Orçamentária (UO) do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (UO 36901). Na sequência, os mesmos dados foram limitados para as emendas destinadas apenas às políticas

de atenção à saúde. Finalmente, a pesquisa foi mais uma vez limitada para as ações orçamentárias destinadas à AB na atenção à saúde.

Aqui, cabe dar destaque a algumas especificidades e limites do estudo. No âmbito da AB, foram incluídas as ações orçamentárias tradicionalmente consideradas como AB e também a implantação de Academias da Saúde (que, atualmente, é viabilizada apenas por recursos de emendas parlamentares, mas não está no escopo de ASPS pela Lei n. 141).

Da mesma forma, foi incluída a Saúde Bucal – embora essa última possibilite tanto o atendimento primário em Saúde Bucal quanto a construção de estruturas da AE. Não se considerou viável separar e excluir o volume de recursos destinados para a saúde bucal da AE, visto que essa diferença somente poderia ser identificada quando da formalização de uma proposta – detalhamento que não caberia dentro da metodologia deste trabalho.

Também foi incluída no rol da AB a Ação de Manutenção de Unidades de Saúde (Ação n. 4525), que igualmente possibilita a manutenção de unidades básicas e de unidades especializadas em saúde, com a aquisição de suprimentos básicos e genéricos. Essa opção exigiu tratamentos específicos para dar conta das suas especificidades, pormenorizados à frente.

Para o detalhamento do orçamento executado na AB, foi utilizada como fonte de informações a ferramenta própria do MS para o cadastro de propostas. O Sistema de Cadastro de Propostas do Fundo Nacional de Saú-

de (SISPROFNS), disponível no *link* <http://proposta.saude.gov.br/loginEntidade.jsf>, é a porta de entrada para todos os tipos de propostas de financiamento do SUS. Pela ferramenta *Consulta Propostas MS*, foram selecionadas todas as propostas cadastradas a partir da indicação de emendas parlamentares nos exercícios de 2012 a 2015 (total de 46.584 propostas).

Importante destacar que uma emenda parlamentar indicada pode gerar mais de uma proposta, enquanto uma proposta cadastrada no SISPROFNS pode ser financiada por mais de uma emenda. Essa relação irregular tem apresentado desafios à gestão das emendas pelo MS. Abaixo, é apresentado o cenário global para o período analisado em relação às propostas cadastradas dentro do SISPROFNS.

Figura 1. Número de propostas cadastradas no SISPROFNS entre os exercícios 2012 e 2015.



Fonte: SISPROFNS (2016).

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

As entrevistas – que foram gravadas e transcritas – foram realizadas com base em um

roteiro predefinido, com gestores nacionais do SUS a respeito da percepção desses atores sobre a contribuição das emendas parlamentares para a política de saúde, bem como as estratégias e mecanismos para aprimoramento da relação entre os Poderes Executivo e Legislativo. Todos os entrevistados consentiram e autorizaram a gravação das entrevistas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram selecionados quatro atores-chave no MS, que atuam diretamente com o objeto de estudo:

- Gestor da Secretaria Executiva do MS durante a última gestão, tendo desempenhado uma das principais lideranças dentro do MS na gestão das emendas parlamentares antes e imediatamente após as mudanças legislativas com a LDO/2014 e a EC/86;
- Gestor da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do MS;
- Gestor do Fundo Nacional de Saúde (FNS);
- Gestor do Departamento de Atenção Básica (DAB).

Após a transcrição das entrevistas, as falas ou segmentos das entrevistas consi-

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

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

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

Fonte: Portaria GM/MS n. 268 (2016).

ORÇAMENTO IMPOSITIVO: A EXPERIÊNCIA DA SAÚDE

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

A partir da categorização acima, cada unidade de registro foi novamente sintetizada em temas centrais, por cada categoria analítica definida. Finalmente, na terceira etapa da análise, foi realizada a interpretação dos significados, apresentados em uma matriz – cujo modelo segue no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2. Matriz de condensação e interpretação de significados

Fonte de dados:	
Documento/Texto	
Relato/Entrevista	
Objetivo específico/Categoria analítica relacionados:	
Unidades de registro	Temas centrais
Trechos do material de pesquisa [fala, registro de campo, documento]	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão [num esforço de síntese de conteúdo]
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado	

Fonte: Adaptado de Brito (2007).

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

Análise dos dados e discussão dos achados

Análises quantitativas

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

Assim, para construção da Tabela 1, foram

pesquisados no SIGA Brasil os valores de emendas empenhados e pagos, apenas pela unidade orçamentária do FNS e por meio das Unidades de Gestão Responsá-

vel (UGR) relativas a emendas para o FNS: Emendas Individuais – 25900, buscando contemplar o primeiro objetivo específico do estudo.

Tabela 1. Dotação e execução orçamentária em emendas parlamentares para a Atenção Básica (AB) entre os exercícios 2012 e 2015

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

Fonte: SIGA Brasil (2016).

A título de contextualização, de 2012 a 2015, o MS teve R\$ 45.149.133.041,00 em dotação de emendas individuais, sendo empenhados 11,6% desse total e pago menos de 1%. Desse universo, a atenção à saúde (SAS) respondeu por R\$ 29.782.262.665,00 de dotação no período, tendo sido empenhados 17,5% do total da SAS e pago 1% do mesmo volume.

Observa-se que, de fato, os grandes valores a que se referem as emendas parlamentares, dentro do MS, são fortemente destinados à SAS – a assistência em saúde é, historicamente, a área responsável pelas atividades que efetivamente oferecem serviços e atendimentos aos usuários, o que se

reflete no seu alto orçamento.

No âmbito da SAS, a própria AB também é responsável por grande parte dos valores transferidos. De 2012 a 2015, o percentual de empenhos da AB em relação aos empenhos do MS se ampliou de 46% para 80%. O mesmo avanço se repete nos percentuais empenhados pela AB em comparação à SAS, no período.

Uma observação interessante é que o percentual de recursos efetivamente pagos em emendas se reduziu fortemente ao longo do período estudado, chegando a zero em 2014 e 2015. É de se registrar a recente situação de constrição financeira (a partir de

ORÇAMENTO IMPOSITIVO: A EXPERIÊNCIA DA SAÚDE

2014 e, mais fortemente, em 2015), situação que tem reduzido os limites financeiros disponibilizados para pagamentos pelo órgão (Ocké-Reis & Funcia, 2016), o que pode explicar o não pagamento de emendas entre 2014 e 2015.

A partir da mesma busca realizada anteriormente, também no SIGA Brasil, na Tabela 2 constam os detalhes, apenas para a AB, dos valores executados em emendas individuais, por ação orçamentária.

Tabela 2. Perfil de execução das emendas individuais à AB, no período de 2012 a 2015

		<i>Ação (Código/Descrição)</i>					
<i>Exercício</i>		<i>Total por exercício</i>	4525 – Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	8581 – Estruturação da AB	8730 – Saúde Bucal	20YL – Implantação de Academias da Saúde	4324 – Saúde de Populações Ribeirinhas
2012	Empenhado	R\$ 530.903.247,46	R\$ 40.685.745,67	R\$ 489.217.501,79	R\$ 1.000.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Pago	R\$ 136.314.937,39	R\$ 9.555.920,47	R\$ 126.759.016,92	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2013	Empenhado	R\$ 502.001.401,07	R\$ 9.799.982,71	R\$ 465.265.654,36	R\$ 195.764,00	R\$ 26.740.000,00	R\$ 0,00
	Pago	R\$ 94.239.575,33	R\$ 0,00	R\$ 94.203.575,33	R\$ 0,00	R\$ 36.000,00	R\$ 0,00
2014	Empenhado	R\$ 1.638.873.785,15	R\$ 222.486.111,52	R\$ 1.393.979.175,49	R\$ 8.308.516,49	R\$ 7.400.000,00	R\$ 6.699.981,65
	Pago	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2015	Empenhado	R\$ 362.532.009,28	R\$ 122.282.523,90	R\$ 238.789.485,38	R\$ 0,00	R\$ 1.460.000,00	R\$ 0,00
	Pago	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total empenhado por ação			R\$ 395.254.363,80	R\$ 2.587.251.817,02	R\$ 9.504.280,49	R\$ 35.600.000,00	R\$ 6.699.981,65
Total pago por ação			R\$ 9.555.920,47	R\$ 220.962.592,25	R\$ 0,00	R\$ 36.000,00	R\$ 0,00

Fonte: SIGA Brasil (2016).

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

Entretanto, para o ano 2014, em que pese terem sido aportados e empenhados recur-

sos de montante considerável para a AB, o mesmo não se observa para os valores pagos – ratificando o que já foi afirmado anteriormente.

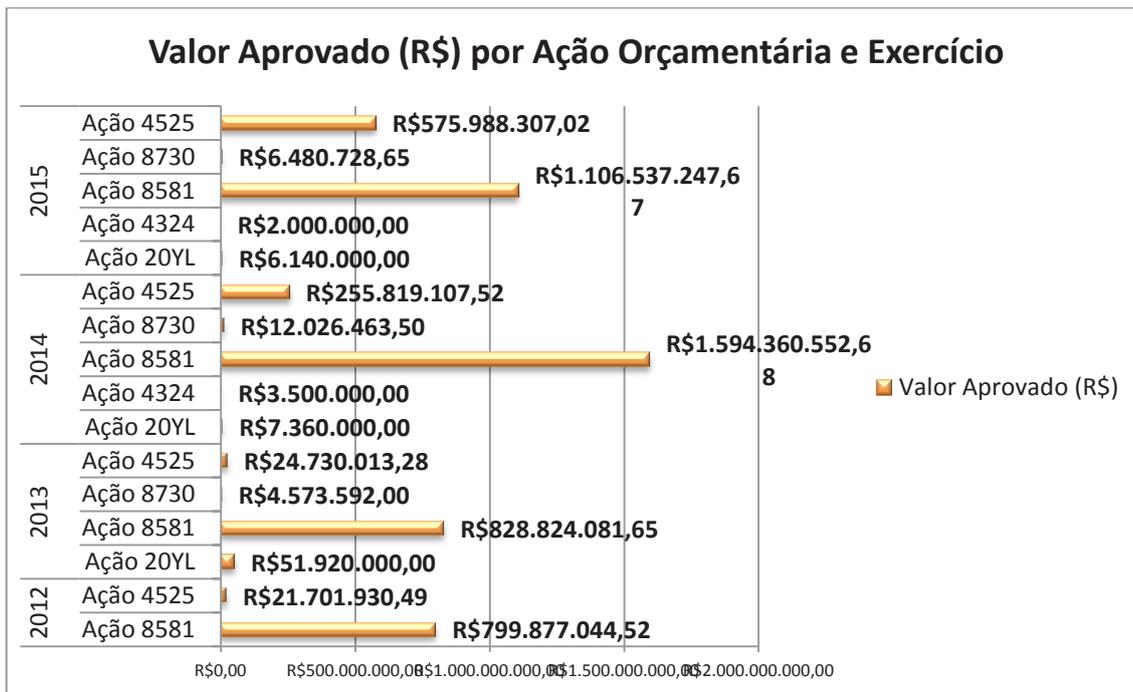
O exercício 2015 apresenta valores bastante reduzidos em relação aos demais exercícios, tanto para o empenho quanto para o pagamento. Considerando que os valores em dotação para a AB em emendas entre

2014 e 2015 foram semelhantes, fora o fato de que o MS passou a cumprir determinação legal (e, posteriormente, constitucional) de empenhar ao menos 50% das emendas individuais, é de se averiguar, em estudos complementares a este, os motivos que ensejaram essa baixa execução orçamentária em emendas no exercício 2015 (Ocké-Reis & Funcia, 2016).

Descendo o nível de análise para as propostas formalizadas a partir das emendas

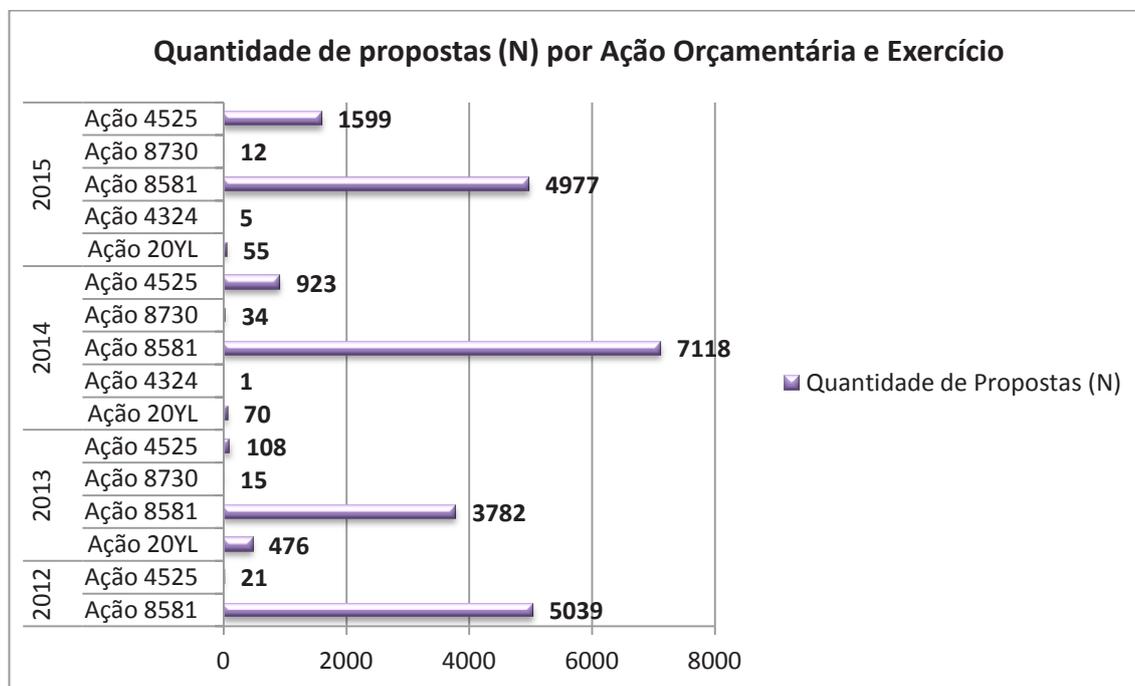
indicadas pelos parlamentares, no âmbito do SISPROFNS, foram cadastradas, apenas para as ações orçamentárias específicas da AB entre 2012 e 2015, 24.235 propostas, detalhadas quanto aos valores aprovados e número de propostas a seguir. Para os fins deste trabalho, considera-se valor aprovado o valor final da proposta, após seu cadastro, análise e aprovação quanto ao mérito e quanto aos quesitos econômicos e financeiros.

Figura 2. Valores aprovados em emendas individuais, por ação orçamentária e exercício



Fonte: SISPROFNS (2016).

Figura 3. Quantidades de propostas (N) aprovadas como emendas individuais, por ação orçamentária e exercício



Fonte: SISPROFNS (2016).

As ações orçamentárias da AB que têm sido financiadas no período estudado se referem a objetos específicos registrados no SISPROFNS (como implantação de Academias da Saúde e Saúde de Populações Ribeirinhas), com exceção da Ação n. 8581 (Estruturação da AB) e da Ação n. 4525 (Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde) – que são ações orçamentárias com finalidade mais ampla. As análises das figuras acima possibilitam, mais à frente, respostas ao terceiro objetivo específico do trabalho, visto que os objetos das propostas cadastradas podem estar ou não alinhados ao planejamento estratégico do MS.

A Ação de Estruturação da AB (Ação n. 8581) refere-se a construções, ampliações ou reformas de Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como aquisição de equipamentos para o mesmo tipo de unidade. Deve-

-se registrar que, no planejamento estratégico do MS (2015) para os exercícios 2012 a 2015, no âmbito do seu primeiro OE (“Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada”), constam como estratégias tanto o programa Requalifica UBS – que visa ampliar a oferta e a qualificação de estruturas de UBS – quanto a ampliação da rede assistencial, via aumento no número de equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), de maneira que não se observa discordância entre o que o Ministério tem apontado como agenda para a rede da AB e as propostas efetivamente aprovadas para a AB, com base nos objetos cadastrados e nos objetivos aportados ao PE do MS.

Já a Ação de Manutenção (Ação n. 4525), no âmbito do SISPROFNS, pode financiar dois tipos de objetos: (1) a aquisição de produtos médicos de uso único por entidades privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS ou por entes federados; e (2) o reforço temporário de dotação, em custeio, de ações orçamentárias obrigatórias. São considerados produtos médicos de uso único, de acordo com o item 13.4 do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 185, de 22 de outubro de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, de uso único, segundo especificado pelo fabricante.

Para o segundo tipo de objeto, financiado apenas a partir de 2015, foi possível aos parlamentares adicionarem recursos ao SUS para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) e do Piso de Atenção Básica (PAB), conforme regramento anual pelas Portarias GM/MS n. 600 (2015) e n. 268 (2016). É por essa via que se poderia apoiar em custeio, por exemplo, a rede da assistência à saúde por meio das equipes de ACS.

Análises qualitativas

De maneira a complementar ou detalhar os achados quantitativos, as análises qualitativas no âmbito da categoria *Organização Administrativa* demonstram que o MS já havia desenvolvido alguma estratégia (inicialmente de maneira mais simples e menos organizada) para garantir a aderência das propostas de emendas às prioridades do SUS, considerando que as atuais prio-

ridades para o SUS constam do PE do MS. De acordo com as informações sistematizadas a partir das entrevistas em campo, esse esforço continua sendo realizado, agora no sentido de não apenas estarem alinhadas a parâmetros em geral, mas também em atender cada vez mais aos detalhes e às especificidades locais. Mas, da mesma forma, há a percepção de que, apesar dos avanços que já houve, ainda há muito espaço para se trabalhar. Tal visão veio com maior força pelo ponto de vista do gestor do FNS.

Assim, o orçamento impositivo mostrou, de maneira mais perceptível, a necessidade de pactuação (visto que são prioridades para todo o sistema) e de aperfeiçoamento das prioridades, notadamente diante da menor discricionariedade (no sentido de que ao Executivo compete atingir as metas apresentadas pelas instâncias de discussão e deliberação do SUS) do Executivo na execução de emendas parlamentares. Isso demanda para o Executivo melhor planejamento, com mais antecedência, além de avanços na qualificação das suas políticas. Os gestores da SE, da SPO e do FNS convergiram para o mesmo sentido nesse ponto.

No contexto de melhorias já alcançadas, e de modo ideal, as instâncias de pactuação do SUS foram apontadas como fóruns que deverão servir como base para identificar as necessidades locais em saúde, em especial para os gestores da SE e do FNS. A partir disso, e preservando as competências de cada Poder quanto ao orçamento público e quanto à execução de políticas públicas, as emendas impositivas podem ser mais bem qualificadas. Para Arretche (2004), a institucionalização desses espaços de negociação dá aos estados e municípios a oportunidade

de participarem da formulação da política de saúde, e reduzem a autoridade centralizada unilateralmente no MS. Tal ponto de vista será novamente valorizado pelas falas dos entrevistados, ainda na categoria *Organização Administrativa*.

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

Os entrevistados também trouxeram à tona que a qualificação das propostas de emendas (o que significa seguir o direcionamento apresentado pelo PE construído) perpassa por diversas etapas prévias à formalização das propostas em si – na verdade, se reconhece a necessidade de avanços internos ao MS e ao próprio Executivo, na forma de adaptações de estrutura administrativa, de equipes de trabalho, de sistemas de informação e de estratégias ou técnicas para a transferência de recursos, principalmente pelo olhar dos gestores do FNS e da SE. Tal exposição está de acordo com o que foi vivenciado dentro do Requalifica UBS pela AB, pois a organização interna do MS – a

partir, principalmente, do Sismob – viabilizou a ampliação e melhor estruturação do programa.

Um apontamento importante das entrevistas foi o papel de instrumentos próprios do MS – dos quais o órgão já se utiliza para se comunicar com o Parlamento e com outros atores do SUS –, em especial a *Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde* (disponível em <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>) e o Cardápio. O primeiro se trata de uma publicação anual, objetivando informar os parlamentares e os proponentes sobre o funcionamento dos programas e ações federais em saúde, além de apresentar as prioridades elencadas pelo MS para o atendimento local da população e como empregar os recursos disponíveis para a rede pública de saúde. O segundo é a consolidação, no formato de um sistema interno de informações, para organizar, de maneira sistematizada, o que é ofertado pela *Cartilha*. Dessa maneira, o MS oferece as políticas e programas descritos na *Cartilha* (documento físico para distribuição que apresenta os principais objetos para os quais se podem cadastrar propostas) pelo SISPROFNS (sistema de informações para atores externos ao MS) e organizado a partir da estrutura do Cardápio, o qual é elaborado e consultado apenas internamente. Tanto a *Cartilha* quanto o Cardápio foram reconhecidos como tendo um relevante papel de informação, comunicação e articulação, mas com limitações – principalmente porque ainda são estratégias de alguma maneira restritas, que não foram adequadamente pactuadas previamente. Os gestores da SE e do FNS reforçaram esse ponto.

Nas versões de 2012 a 2015 da *Cartilha*, há referência às UBS, em todos os seus componentes – reforma, ampliação ou construção de unidades e aquisição de equipamentos. De um ano para o outro, há algumas variações, como os possíveis entes beneficiários (ora os Fundos Municipais, do Distrito Federal e dos estados, além de entidades filantrópicas, ora apenas um ou outro), bem como o tipo de recursos disponibilizados (se de emenda ou de programação própria). As mesmas informações descritas na *Cartilha* para o exercício 2016 se apresentam no Cardápio – por ser um sistema de informações dinâmico, mas que não tem registro físico, não se viabilizou buscar a apresentação do Cardápio em exercícios anteriores.

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

Outros temas caros para as políticas sociais foram apresentados nas falas, ainda no contexto da categoria analítica *Organização Administrativa*, como a maior legitimidade das prioridades em saúde quando vêm apontadas pelas instâncias de pactuação do SUS

e a necessidade de melhor comando por parte do próprio MS sobre a pauta relativa às emendas parlamentares e as prioridades do SUS – visando avanços também no sentido do controle social, da gestão de riscos, da melhoria dos processos internos e da transparência das informações. Um dos principais focos do Ministério para dar conta do desafio das emendas impositivas deve ser a melhoria de processos de trabalho, tendo em vista que não houve – e, possivelmente, não haverá – incorporação de novas fontes de recursos (administrativos e humanos, principalmente quando se considera que ao menos 50% das emendas impositivas são destinadas a ASPS).

Na categoria *Atores*, os gestores da SE e do FNS fazem uma relação interessante entre os avanços necessários ao Ministério e os papéis de cada ator envolvido no processo – principalmente no sentido de uma comunicação melhor e mais rápida, de maneira mais interativa, com o Poder Legislativo e com a população, mas tendo o gestor federal do SUS o papel de protagonista na condução do debate. A melhor comunicação é vista como estratégica para maior alinhamento dos objetos das propostas cadastradas por indicação de emendas e as metas e prioridades do SUS.

Para os mesmos gestores acima citados, novas estratégias de comunicação e pactuação têm que reconhecer as competências de cada ator, dando maior liberdade de atuação a cada um no âmbito de seu próprio papel (Tollini et al., 2013), procurando atender melhor à realidade da população beneficiada. Foi apontada a relevância do trabalho das assessorias parlamentares, enquanto atores que realizam a interface entre Legislativo e

Executivo, contribuindo para melhor articulação entre esses dois Poderes.

O Legislativo, por seu turno, tem avançado nas suas próprias competências, em especial por apresentar propostas cada vez mais adequadas aos parâmetros do SUS e às necessidades reais do sistema – o que dá mais oportunidade de voz aos municípios pequenos ou pouco representados.

De maneira unânime, o tema do *Financiamento* trouxe o reconhecimento de que a situação fiscal de hoje enseja mudanças também no perfil dos investimentos em saúde, privilegiando cada vez mais a manutenção do sistema em detrimento do tradicional investimento em grandes obras. Esse ponto significa apostar cada vez mais em financiar o custeio do sistema com recursos de emendas, o que contribuiria fortemente para sua sustentabilidade no longo prazo (Greggiani & Silva, 2015a), em especial em períodos de crise. Esse ponto reflete o progresso do próprio SUS, já que hoje o debate trazido nas falas é a respeito de o maior desafio da saúde não ser mais o simples acesso aos serviços – como foi marcadamente nos anos anteriores –, mas, cada vez mais, a melhor qualidade do serviço ofertado. Fundamentadas nessa percepção, outras inovações nas possibilidades de investimento com recursos de emendas no SUS foram compreendidas.

Experiência recente e apontada de maneira unívoca como um sucesso para o alinhamento de metas e prioridades do sistema com as propostas cadastradas foi a priorização pelo MS, a partir da construção conjunta com os gestores locais, dada a três itens de financiamento para fazer frente às

principais exigências financeiras desses gestores, a saber:

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

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

Nesse contexto de priorização, a possibilidade de fortalecer o custeio do PAB e do MAC com recursos de emenda (conforme citado a respeito da Ação Orçamentária n. 4525

e no subitem acima) não apenas foi bem-recebida como também foi a concretização do trabalho de articulação e pactuação realizado em anos anteriores. A possibilidade de renovar a frota do SAMU com recursos de emenda foi apontada pelos entrevistados como outra conquista, visto que o próprio MS teve dificuldade em atender toda a demanda mapeada para 2016.

No que se refere à AB, a alternativa de financiamento do custeio – mesmo que de maneira temporária, visto que são recursos de emendas parlamentares, portanto podendo ou não ser destinados aos mesmos objetos ou beneficiários a cada exercício – do PAB foi elogiada pelos gestores da SPO, da SE e do FNS durante as entrevistas, o que aponta no sentido de que é um item financiado que está coordenado entre os diferentes atores. Entre os motivos para grande adesão pelos gestores municipais de saúde, está a flexibilidade no uso dos recursos – que poderá ser aplicado em qualquer atividade contemplada no âmbito do PAB, da mesma forma que os recursos de programação própria do MS. Essa via de financiamento dos serviços já ofertados, aparentemente, aumentará com o passar dos anos.

É pertinente apontar que os temas foram setorizados em categorias como parte do método de análise qualitativa. Contudo, as três categorias analíticas se reforçam e se complementam em vários pontos dos discursos, de tal forma que esse ordenamento por prioridades para o SUS, o qual qualifica os recursos investidos no sistema, também é enunciado como uma estratégia relevante de comunicação e pactuação entre os atores e para atrair maior aderência das indicações parlamentares. As propostas mais

bem encadeadas têm melhores chances de concluírem seu ciclo (de cadastro de proposta, análise, aprovação e de transferência de recursos) com maior celeridade e de serem mais bem implementadas – trazendo maiores benefícios à população.

Há, de maneira minoritária dentro das falas colhidas, a percepção de que os investimentos por emendas não têm critérios de alocação, o que faria com que os investimentos não atendessem às necessidades locais. Por não haver critérios de alocação, os municípios que receberiam emendas parlamentares seriam apenas aqueles da base eleitoral dos parlamentares. Assim, o orçamento impositivo consolidaria essas propostas dissipadoras que são mal direcionadas por emendas. A única solução possível para reverter esse cenário seria o investimento maior em estudos e pesquisa na saúde – para entender, localmente, quais as dificuldades dos gestores. Essa fala, embora minoritária nas entrevistas (pois foi apresentada apenas pelo gestor da AB), é compatível com um cenário encontrado na rotina de trabalho dentro do MS.

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

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

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

Fazendo outra correspondência entre as categorias analíticas, pelos relatos das entrevistas, os gestores da SPO, da SE e do FNS avaliam que a legitimidade dos parlamentares eleitos – os quais formalizam a relação com o Poder Executivo – impõe um

viés político aos recursos de emenda. Mas é determinante que o SUS reconheça que qualquer proposta – a partir de recursos de emendas ou de programação – é financiada com recursos públicos, estando sujeita aos mesmos critérios de análise e de necessidade das políticas públicas de saúde. Da natureza pública dos recursos de emendas parlamentares, decorre a necessidade de que todos os atores pactuem as prioridades em saúde (o Executivo, o Legislativo, as assessorias parlamentares e as instâncias de pactuação do SUS).

Como parte do orçamento da União, caso o Ministério logre êxito no alinhamento entre as prioridades apontadas pelos gestores locais e as propostas de emendas parlamentares, as emendas se conformam como um impulso fundamental para manter os serviços de saúde. Não feito esse nivelamento, elas são um gatilho para um custeio fora do planejamento da rede assistencial – pois seriam aportados recursos para novas obras e construções que precisarão, futuramente, do apoio do nível federal para sua manutenção (Greggianin & Silva, 2015a).

Foi trazida à tona a tentativa do MS de resolver essa falta de entendimento entre o Poder Executivo e o Legislativo, quando o Ministério assume um custo de transação ao favorecer essa maior articulação entre os Poderes, reconhecendo os benefícios potenciais caso essa intenção seja atingida. Inclusive, houve destaque pelo gestor da SE para o fato de que, com o orçamento impositivo, o Legislativo passa a compartilhar com o Executivo das soluções em saúde, o que direciona à maior aproximação entre os dois Poderes. Essa proximidade resta mais nítida a partir do orçamento impositivo e se refere

a uma relação mais estreita entre todos os envolvidos no processamento de recursos para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A exigência de realização das emendas individuais, a partir do exercício 2014, teve como motivação reduzir a discricionariedade do Poder Executivo Federal na execução das emendas parlamentares, bem como reduzir um excesso de autonomia da administração federal na implementação de políticas públicas, garantindo ao Legislativo alguma certeza quanto à execução dos recursos conforme sua indicação – principal demanda parlamentar (Greggianin & Silva, 2015a, 2015b; Piscitelli, 2006; Silva, 2013).

Pelos dados da saúde (isoladamente, é a pasta que aporta ao menos metade de todas as indicações parlamentares), a mudança desejada foi atendida apenas parcialmente com essas alterações, haja vista que os valores efetivamente pagos entre 2014 e 2015 são nulos. O único argumento apontado para o não pagamento dos valores de emendas impositivas foi o baixo limite financeiro disponibilizado nos exercícios. Tendo em vista que não foi objeto deste tra-

balho investigar as análises orçamentárias em termos de valores inscritos em restos a pagar ou de valores efetivamente pagos, um dos encaminhamentos sugeridos é que novos estudos sejam realizados no sentido de aprofundar tais análises.

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

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

É de se registrar que as melhorias a serem realizadas no âmbito organizacional, além de terem sido identificadas ao longo do estudo, também foram apontadas pelos entrevistados. Foram citados avanços nos sistemas de informação (evoluindo para mais transparên-

cia e controle social sobre as prioridades do SUS), na parametrização das políticas de saúde (para que indiquem mais claramente suas contribuições para a saúde e como podem ser financiadas), na forma de comunicação e no planejamento em saúde.

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

O grande desafio apontado na questão do *Financiamento* reside justamente na manutenção e sustentabilidade de um sistema que se pretende universal, único, integral e equitativo. A necessidade de grande ampliação na oferta dos serviços de saúde está sendo gradativamente substituída por uma demanda mais qualificada – a qual requer, adicionalmente à melhoria na qualidade, maior estabilidade na sua oferta. Possibilitar que a política de saúde recorra aos recursos de emendas parlamentares, especialmente em épocas de escassez de recursos, tem se mostrado uma saída significativa e viável – e, sendo esse o caminho, se coordenada com os diferentes atores, se mostra também uma saída mais efetiva.

Para além das citadas acima, e aproveitando o ensejo de que o MS está investindo na reorganização de sistemas e bases de dados, outras recomendações deste estudo

vão na linha de que os sistemas do Ministério se ampliem para formas mais interativas de visualização do Cardápio, favorecendo a interface entre políticas de saúde e seus componentes – o que pode ampliar a compreensão sobre as prioridades do sistema de saúde. Essas modificações visam ampliar as possibilidades de acompanhamento mais específico das políticas e programas (em componentes, subcomponentes e serviços específicos) em toda a cadeia de processamento, inclusive buscando contextualizar a oferta dos serviços nos territórios e regiões de saúde *versus* os investimentos financeiros já aportados – aspectos que não puderam ser explorados neste momento.

Por fim, também deve ser realçado o papel dos atores mais próximos do Parlamento brasileiro: os parlamentares e a assessoria parlamentar que atua junto ao Ministério. Suas competências precípuas devem ser aperfeiçoadas, de modo que possam desempenhar melhor seu trabalho de representar os interesses do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil: Problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17-26. Recuperado de <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheSPP2004.pdf>
- Brito, R. L. de. (2007). *Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: Do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária* (Dissertação de mestrado em Ciências, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo

Cruz, Recife, PE).

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília, DF.

Conti, J. M. (2013, Maio 7). Orçamento impositivo é avanço para administração. *Revista Consultor Jurídico (on-line)*. Colunista Contas à Vista. Recuperado de <http://www.conjur.com.br/2013-mai-07/contas-vista-orcamento-impositivo-avanco-administracao>

Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. (2000). Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. (2015). Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm

Funcia, F. (2015). Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Revista CONSENSUS (on-line)*. CONASS, Edição 17. Recuperado de <http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>

Greggianin, E., & Silva, J. de R. P. da. (2015a). *O orçamento impositivo das emendas individuais: Disposições da Emenda Constitucional n. 86, de 2015, e da LDO 2015.* Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal (on-line). Orçamento em Discussão 16. Recuperado de <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/509462>

Greggianin, E., & Silva, J. de R. P. da. (2015b). *O regime do orçamento impositivo das emendas individuais: Disposições da Emenda Constitucional n. 86, de 2015, e da LDO 2015.* Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal e Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (on-line). Estudo Técnico Conjunto 1. Recuperado de <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/509462>

Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing.* Thousand Oaks, California, USA: Sage Publications.

Lei n. 12.919, de 24 de dezembro de 2013. (2013). Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12919.htm

Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. (2012). Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para

a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Ministério da Saúde. (2015). *Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: Resultados e perspectivas* (5. ed.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf

Ocké-Reis, C. O., & Funcia F. R. (2016). O esgotamento do modelo de financiamento do SUS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Revista Consensus (on-line)*, Edição 17. Recuperado de <http://www.conass.org.br/consensus/o-esgotamento-modelo-de-financiamento-sus/>

Palotti, P. L. de M., & Machado, J. A. (2014). Coordenação federativa e a “armadilha da decisão conjunta”: As comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. *Dados – Revista de Ciências Sociais (on-line)*, 57(2), 399-441. doi:10.1590/0011-5258201413

Piscitelli, R. B. (2006, Setembro). *Orçamento autorizativo x Orçamento impositivo. Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados (on-line)*. Estudo. Recuperado de <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/1636>

Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. (2007). Regulamenta o financiamento

e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Portaria GM/MS n. 268, de 25 de fevereiro de 2016. (2016). Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2016, para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 38, § 6º, da Lei n. 13.242, de 30 de dezembro de 2015. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0268_25_02_2016.html

Portaria GM/MS n. 600, de 10 de junho de 2015. (2015). Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2015, para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 36, § 6º, da Lei n. 13.080, de 2 de janeiro de 2015, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0600_10_06_2015.html

Rennó, L. R. J., & Pereira, C. E. F. F. (2013). *Gastos públicos, emendas orçamentárias do Legislativo e inclusão dissipativa nos municípios brasileiros: 1998 a 2010*. Universidade de Brasília (UNB). Recuperado de <http://www.camara.gov.br/internet/agencia/pdf/EmendasOr%C3%A7amentoEfeitoPositivo.pdf>

Rosa, T. (2016). Desafios do SUS: O que

esperar para os próximos anos de gestão? Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Revista CONSENSUS (on-line)*, Edição 17. Recuperado de <http://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/>

Silva, J. de R. P. da. (2013). *Orçamento impositivo: A execução obrigatória da despesa aperfeiçoaria a gestão pública?* Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal (on-line). Orçamento Público em Discussão, 1. Recuperado de <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496344>

Sodré, A. C. de A., & Alves, M. F. C. (2010, Maio/Junho). 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*, 14(3), 414-433.

Tollini, H. M., Helena, E. Z. S., Greggianin, E., Tavares, J. F. C., Moura, M. R. de, & Gontijo, V. (2013). *PEC n. 565/2006 – Orçamento impositivo*. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (on-line). Nota Técnica CONOF-CD, 10. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/nt10.pdf>

Viana, L. B. F., Brito, R. L. de & Santos, F. P. (2014, Outubro). Financiamento e governança em saúde: Um ensaio a partir do cotidiano. *Revista Divulgação em Saúde para Debate (on-line)*, 52, 177-189. Recuperado de <http://cebes.org.br/publicacao/revista-divulgacao-em-saude-para-debate-no52-redes-de-atencao-a-saude-construindo-o-cuidado-integral/>