



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e
Gestão de Políticas Públicas

**ORÇAMENTO IMPOSITIVO: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE
DOS GASTOS PÚBLICOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM
SAÚDE**

LOYANE MOTA FERNANDES

BRASÍLIA/DF
2020

LOYANE MOTA FERNANDES

**ORÇAMENTO IMPOSITIVO: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE
DOS GASTOS PÚBLICOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Orçamento e Políticas
Públicas do Departamento de Gestão de
Políticas Públicas (FACE/GPP/UnB).

Orientador: MSc. Antonio Carlos dos
Santos.

**BRASÍLIA/DF
2020**

RESUMO

FERNANDES, Loyane Mota. **Orçamento impositivo**: uma análise da qualidade dos gastos públicos na atenção especializada em saúde. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Orçamento e Políticas Públicas) – UnB, Brasília, 2020.

Diante do atual cenário de escassez de recursos disponíveis para a saúde pública, faz-se presente uma apuração mais detalhada da sua alocação visando garantir o direito à saúde conforme preceitos constitucionais. Desta forma, este trabalho pretende analisar a qualidade do gasto público com emendas parlamentares na atenção especializada em saúde entre os estados brasileiros. Para tanto foi adotado como método o Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP). Como resultado, o presente estudo corroborou com os achados de Brunet *et. al* (2007) que afirmou que para a saúde, de forma geral, os Estados com menor despesa *per capita* apresentam melhor desempenho em termos de qualidade do gasto público e aqueles com maior despesa tendem a aumentar o desperdício de recursos, uma vez que o retorno obtido em termos de melhoria na qualidade de vida para a população não é proporcional ao aumento da despesa.

Além disso, foi possível observar que embora a destinação de recursos do orçamento impositivo para a saúde possua como base de aprovação a necessidade de saúde local, essa alocação segue uma dinâmica própria em anos eleitorais em que parlamentares priorizam a destinação de recursos para suas bases, que nem sempre possuem capacidade de execução dos recursos recebidos, refletindo na baixa qualidade do gasto público nesses períodos.

Palavras-Chave: Qualidade do Gasto Público, Orçamento Impositivo, Emendas Parlamentares, SUS, Atenção Especializada à Saúde.

ABSTRACT

On account of scarcity of available resources for public health it is crucial to follow up this resources allocation in order to guarantee the right to health according to constitutional precepts. Thus, this study intends to analyze the quality of public spending on parliamentary amendments in specialized health care among Brazilian states. Therefore the method Public Spending Quality Index (PSQI) was adopted. As a result, the present study reinforces the study by Brunet *et. al* (2007) who stated that for health, in general, the states with the lowest expenditure *per capita* perform better in terms of the quality of public spending and those with the highest expenditure tend to increase the waste of resources, since the return obtained in terms of improving the quality of life for the population is not proportional to increase in expenditure.

Although the allocation of resources from the imposition budget require relation with the local health needs to be approval, this allocation follows its own dynamics in electoral years in which parliamentarians prioritize the allocation of resources to their electoral base, which do not always have the capacity to execute all the resources received, reflecting in low quality of public spending in these periods.

Key words: Quality of Public Spending, Impositive Budget, Budget amendments, SUS, specialized health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Contextualização e Problema de Pesquisa	6
1.2	Objetivos	7
1.2.1	Objetivo geral.....	7
1.2.2	Objetivos específicos	7
1.3	Relevância/Justificativa da pesquisa proposta	7
1.4	Organização do TCC	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1	Qualidade dos gastos públicos	8
2.2	Evolução da administração pública	9
2.3	Gasto público em Saúde	10
2.4	Orçamento impositivo.....	11
3	METODOLOGIA	13
3.1	Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP).....	14
3.2	Composição do Índice de Insumo.....	16
3.3	Composição do Índice de Bem-Estar.....	17
3.4	Limitações da pesquisa	19
4	RESULTADOS	19
4.1	Qualidade do gasto público em saúde nos estados brasileiros.....	19
4.2	Dinâmica da evolução do IQGP	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DE PESQUISA

Nos últimos 30 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou uma trajetória de desafios à sua implementação e manutenção. Dentre os principais desafios está o seu financiamento que nos últimos anos tem sido restringido pelo contexto de crise econômica e fiscal (BARROS & PIOLA, 2016).

Dado o advento da Emenda Constitucional nº 86 em 17 de março de 2015 foi instituído o chamado Orçamento Impositivo, em que as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) tornaram-se de execução orçamentária e financeira obrigatória, com destinação de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) prevista no projeto, sendo que obrigatoriamente 0,6% deste montante deverá ser atribuída às ações e serviços de saúde pública.

Desde então, conforme dados disponibilizados no SIGABRASIL do Senado Federal, observou-se um crescimento considerável no volume de recursos destinados à atenção especializada em saúde. Em 2015, o orçamento impositivo autorizado (LOA + Créditos adicionais) destinado à subfunção saúde - Assistência Hospitalar e Ambulatorial representou 51,84% dos recursos totais, cerca de R\$ 2,5 bilhões. Atualmente esta subfunção contempla cerca de R\$ 4,1 bilhões.

Em 2019, auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) constatou que apenas 65,7%, da dotação total autorizada para o orçamento impositivo, foi empenhado, e que 84,2% desses recursos foram inscritos em restos a pagar não processados, configurando uma baixa capacidade de execução.

No entanto, com a aprovação do Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, instituído pela Emenda nº 95, de 15 de dezembro de 2016, os recursos federais destinados ao financiamento do SUS foram limitados, impactando na disponibilidade de recursos da União para a aplicação em ações e serviços de saúde pública.

Diante deste cenário de escassez de recursos disponíveis para a saúde pública, faz-se presente uma apuração mais detalhada da alocação desses recursos, reforçando o compromisso que estes sejam alocados com qualidade, visando garantir o direito à saúde conforme preceitos constitucionais.

Desta forma, questiona-se: Em que medida os recursos públicos oriundos do orçamento impositivo resultaram em um melhor desempenho das políticas de atenção especializada em saúde executadas no nível estadual?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 **Objetivo geral**

Analisar a qualidade do gasto público com emendas parlamentares na atenção especializada em saúde entre os Estados brasileiros para subsidiar a alocação de recursos públicos de saúde

1.2.2 **Objetivos específicos**

- Levantar o estado da arte da literatura sobre gasto público em saúde
- Analisar a qualidade do gasto público em saúde dos Estados s brasileiros
- Contribuir para a melhoria da alocação de recursos na atenção especializada em saúde
- Subsidiar o processo decisório relacionado ao orçamento impositivo

1.3 RELEVÂNCIA/JUSTIFICATIVA DA PESQUISA PROPOSTA

Dada a escassez de trabalhos disponíveis na literatura atual que avaliem a qualidade do gasto público oriundo especificamente do orçamento impositivo na saúde pública, este trabalho pretende contribuir com essa avaliação e assim subsidiar a decisão de alocação de recursos disponíveis para ações e serviços de saúde.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TCC

Este trabalho está organizado em três partes. A primeira parte apresenta o estado da arte da literatura sobre gastos públicos no Brasil em saúde e o papel das emendas parlamentares neste cenário. A segunda parte é composta pela Metodologia e Análise de dados. Por fim são apresentadas as Considerações Finais e Conclusões deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DOS GASTOS PÚBLICOS

Os gastos públicos são “uma escolha política dos governos no que se refere aos diversos serviços que eles prestam à sociedade. Representam o custo da quantidade e da qualidade dos serviços e bens oferecidos pelo governo” (RIANI, 2016, p.74).

Cumprir observar que o conceito de gastos públicos não é sinônimo de gastos governamentais. Segundo Riani (2016) os gastos governamentais são aqueles restritos à Administração Pública direta e indireta, ou seja, são aqueles que consideram apenas as despesas realizadas pelas unidades pertencentes à esfera de governo, suas autarquias e fundações. Por sua vez, os gastos públicos possuem uma abrangência mais ampla e são compostos pela soma dos gastos governamentais e demais despesas com as atividades econômicas produtivas.

A junção entre os termos “qualidade” e “gastos públicos” é recente na literatura e é aplicado em áreas como finanças públicas e economia do setor público. Diante da polissemia do conceito de qualidade do gasto público, Motta et. al. (2014) classificam o conceito em duas grandes dimensões: Microeconômica e Macroeconômica. Na primeira dimensão, avalia-se a qualidade do gasto público do ponto de vista estratégico da alocação de recursos públicos em variadas categorias de gasto e seu impacto econômico em um horizonte temporal.

Na dimensão Microeconômica a análise é operacional e visa avaliar a efetiva realização do gasto público a partir dos conceitos de eficiência, eficácia e efetividade. Nesta dimensão, a ênfase é no acompanhamento da aplicação dos recursos planejados nas ações, projetos, programas e políticas públicas pelo governo.

Motta *et. al* (2014) ressaltam ainda que no âmbito Microeconômico, a qualidade do gasto público não deve se restringir à conferência contábil entre o que foi orçado e o que foi executado. Segundo os autores, após a etapa de conferência, a análise deve ser acompanhada da avaliação quanto à eficácia, eficiência ou efetividade do uso dos recursos públicos.

2.2 EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O estudo sobre a qualidade dos gastos públicos retoma a discussão a respeito da relação entre o Estado e o mercado, o qual alcançou seu apogeu na crise fiscal dos anos 70 (CAVALCANTE, 2017), momento em que houve “a crise do Estado como aquele que não consegue mais fazer frente às demandas provenientes da sociedade e por ele mesmo provocadas” (BOBBIO, 1987, p. 126). A preocupação com o tamanho do Estado trazia para a agenda pública a necessidade de avaliar a alocação dos recursos públicos, bem como a situação das contas públicas, uma vez que os recursos disponíveis para a sustentação do Estado eram cada vez mais escassos e o aumento da tributação inviável (ASATRYAN & DE WITTE, 2015).

Nesse cenário de instabilidade e necessidade de Reforma do Estado, o *New Public Management* (NPM), ou Nova Gestão Pública (NGP), se apresenta no âmbito da Administração Pública como um modelo de gestão pós-burocrático fundamentado no emprego de práticas e soluções do setor privado no setor público com foco em resultados e eficiência (AUCOIN, 1990; HOOD, 1995; POLLITT & BOUCKAERT, 2011).

A princípio, a NPM priorizava os valores econômicos como a eficiência e a busca pela maior produtividade possível, diante do que fosse arrecadado dos contribuintes (taxpayers) na fase chamada de *Managerialism* (ABRUCIO, 1997). Com o tempo, a busca pela eficiência foi sendo substituída pela efetividade e qualidade dos serviços públicos a serem entregues para os seus consumidores na fase que ficou conhecida como *Consumerism*. A terceira fase, chamada de *Public Service Orientation*, é caracterizada pela busca da *Accountability* e pela equidade das ações e serviços públicos como direitos dos cidadãos (ABRUCIO, 1997).

No contexto brasileiro, as iniciativas de controle dos gastos públicos tinham como foco o aumento das receitas por meio de tributação, uma vez que havia rigidez nas despesas mínimas da administração pública brasileira (DALMONECH et. al, 2011).

As primeiras iniciativas implementadas no Brasil, oriundas da NPM, surgiram a partir das reformas administrativas de Bresser-Pereira em 1995. Dentre as reformas realizadas neste período, está a inserção do princípio da eficiência como um princípio da administração pública, e as alterações na estrutura de administração de pessoal do setor público, a partir da Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998.

A busca pela eficiência da máquina pública, refletida na qualidade do gasto, foi reforçada pela Lei Complementar 101 – Lei de Responsabilidade Fiscal – que na busca pela

transparência das contas públicas, redução do custo do endividamento público e pelo equilíbrio das despesas e receitas em todos os entes federativos, definiu limites de despesas líquidas com pessoal e estabeleceu a avaliação de desempenho dos gestores públicos levando-se em consideração a razão entre Despesas Públicas e as Receitas Correntes Líquidas, bem como entre Dívida Consolidada Líquida e a Receita Corrente Líquida (DALMONECH et. al, 2011).

2.3 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 definiu os preceitos do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em suas fontes de financiamento e seus respectivos percentuais. Posteriormente, as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 dispuseram complementarmente sobre os planos municipais de saúde e a forma de recebimento de recursos federais pelo SUS.

A primeira definição dos percentuais de recursos mínimos, a serem aplicados em saúde, foi realizada mediante aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de Setembro de 2000, a qual buscou assegurar um percentual mínimo para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde a partir da Receita Corrente Líquida (RCL) sendo 12% para os Estados e o 15% para os Municípios durante um período de 5 anos.

Segundo Barros & Piola (2016), a EC 29/2000 resultou em mais recursos para saúde e ampliou a participação de Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios no financiamento do SUS. Além disso, este dispositivo constitucional em Lei Complementar com objetivo de mitigação da redução das disparidades regionais, incluiu a necessidade de definição dos critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, bem como dos Estados para os seus respectivos Municípios.

A referida Lei foi publicada apenas em 13 de janeiro de 2012, como Lei Complementar nº 141/2012, reforçando a necessidade de criação de um critério de rateio dos recursos da União para Estados e Municípios e definindo o que são “Ações e Serviços Públicos de Saúde” (ASPS).

Em 2015, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março 2015, definiu um percentual mínimo de investimento em saúde, a partir da Receita Corrente Líquida (RCL), sendo inicialmente para a União de 13,2% durante 5 anos, de maneira transitória, e manteve os valores definidos pela EC 29/2000 para Estados e Municípios.

Mais recentemente, a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, instituiu o Novo Regime Fiscal, no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com limites individualizados para as despesas primárias em vigor por vinte exercícios financeiros corrigidos pela inflação do ano anterior.

2.4 ORÇAMENTO IMPOSITIVO

O orçamento impositivo trouxe consigo a obrigatoriedade da execução da lei orçamentária no âmbito das programações incluídas por emenda individual. Assim, apenas impedimentos técnicos ou legais poderiam afastar tal obrigatoriedade de execução (GREGGIANI & SILVA, 2015). Outra inovação do orçamento impositivo é que a metade dele deverá ser obrigatoriamente destinado à saúde. Conforme o texto da Emenda Constitucional nº 86/2015:

Art. 166 § 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde [...]

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

§ 12. As programações orçamentárias previstas no § 9º deste artigo não serão de execução obrigatória nos casos dos impedimentos de ordem técnica.

Os efeitos da destinação de recursos de emenda parlamentar foram analisados na literatura sob diversas óticas. Dentre elas, Sodré & Alves (2010) analisaram a relação existente entre episódios de corrupção municipal no Brasil e o recebimento de recursos de emendas parlamentares. A pesquisa demonstrou que municípios que receberam emendas apresentaram 25% a mais de irregularidades do que aqueles que não receberam esse tipo de recurso, indicando que problemas graves e constatações de irregularidades em geral, demonstram relação com recebimento de emendas parlamentares.

Batista *et. al* (2012) concluíram que diferentemente dos demais recursos, as emendas não estão submetidas obrigatoriamente à lógica do planejamento, uma vez que elas não são apenas mecanismos de financiamento, mas também são mecanismo de política. Desta forma, as emendas parlamentares atuariam como instrumentos de acesso diferenciado às decisões alocativas de recursos federais nas bases eleitorais, dentro do presidencialismo de coalizão brasileiro (ABRANCHES, 2018).

No âmbito do orçamento da saúde, o Relatório de auditoria realizado em 2019, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), constatou que as emendas individuais não contribuem para reduzir as desigualdades regionais:

Enfim, faço essas anotações no intuito apenas de chamar a atenção para o fato de que a distribuição das emendas, embora siga a regra de divisão equitativa entre os parlamentares, não confere equidade no tratamento das disparidades regionais [...] ficou comprovado que as emendas envolvem recursos que são distribuídos e executados de forma isonômica entre parlamentares e partidos políticos, embora não constituam um instrumento hábil para promover equidade na redução das desigualdades regionais (TCU p.73).

A respeito do custo desse mecanismo político no orçamento da saúde, *Baião et. al* (2019) identificaram que a decisão alocativa de recursos de emendas para a saúde não é afetada pela demanda da localidade por melhores recursos, e sim por fatores políticos como o fortalecimento de aliança com prefeitos de Municípios de sua base eleitoral.

Todavia, *Figueiredo e Limongi* (2019) afirmam que embora existam argumentos de que as emendas parlamentares individuais seriam uma janela para a entrada de interesses particulares e estreitos dos parlamentares, os autores ressaltam que elas são executadas dentro de um arcabouço institucional, com regras e parâmetros pré-definidos em um processo orçamentário, o que reduziria o risco de eventuais desvios de finalidade.

Dada esta participação limitada, é difícil argumentar que, ao privilegiar o atendimento de demandas localizadas, as emendas individuais comprometeriam políticas nacionais. Isto não significa dizer que emendas individuais não sejam atendidas e que não haja espaço para que parlamentares cultivem vínculos pessoais com seus eleitores. [...] A distribuição é política, pois o parlamentar obtém retorno de uma demanda a ele dirigida. Alternativamente a distribuição poderia ser feita tecnicamente, por meio de estudos e planejamento. Mas seria menos custosa? Mais eficiente? Ou mais democrática? Eventualmente, um planejador onisciente seria capaz de alocar de maneira mais eficiente estes recursos, mas isto não é mesmo que dizer que as prioridades dos representantes eleitos deveriam ser desconsideradas ou que os burocratas lotados nos ministérios fariam alocação mais eficiente.[...] Além disto, dadas as restrições fiscais, congressistas não têm garantia de que as emendas que aprovam serão executadas. A liberação efetiva dos recursos fica nas mãos do Executivo. [...] controle sobre o fluxo da liberação de recursos por meio da edição de decretos de contingenciamento (*FIGUEIREDO & LIMONGI, 2019, p.4*).

Do ponto de vista dos órgãos de controle, sobre a aplicação dos recursos públicos oriundos de emendas parlamentares, o Relatório de Auditoria do o Tribunal de Contas da União (TCU) nº TC-018.272/2018-5, identificou que:

[...] no sentido de que, entre as vantagens da execução/aplicação de recursos via instrumento constitucional de emendas parlamentares individuais impositivas, em contraste com as aplicações das políticas públicas definidas pelas próprias pastas

[ministeriais], destaca-se a destinação de recursos a localidades que, de outra forma, dificilmente seriam candidatas aptas a transferências de recursos voluntárias da União, seja por limitações técnicas do ente federado envolvido, seja por desconhecimento do governo central da necessidade local existente. Deste modo, o parlamentar, que possui mais ferramentas e condições para conhecer as necessidades da população local e região pela qual se elegeu, pode servir como um elo a esta falha derivada da vigência de um sistema federativo em um país de dimensão continental (TCU, 2018, p.70)

Ainda sobre a aplicação dos recursos de emenda parlamentar na saúde, Piola & Vieira (2019), em um estudo do IPEA realizado em 2019, ressaltaram a preocupação quanto à alocação de recursos de custeio por meio de emenda parlamentar, uma vez que nesses recursos não são adotados critérios equitativos de distribuição de recursos de saúde.

3 METODOLOGIA

A abordagem metodológica adotada nesta pesquisa segue os preceitos da ciência positivista clássica, que reconhece a impossibilidade da obtenção da noção absoluta do universo e busca explicar fenômenos a partir da identificação de suas relações, com base no raciocínio e observação de leis efetivas utilizando instrumentos como questionários e métodos estatísticos (MARTINS, 2016).

No que tange a natureza da pesquisa, esta é predominantemente quantitativa, uma vez que utiliza análise decorrente de base de dados secundários e instrumentos estatísticos.

Quanto à finalidade da pesquisa, esta se classifica como descritiva, pois decorre da necessidade de descrever o funcionamento do fenômeno do orçamento impositivo para que, a partir desta caracterização seja possível compreender as relações entre o volume de recursos destinados e os resultados de saúde alcançados.

Conforme Gil (2002) esta tipologia de pesquisa visa descrever as características de determinado fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis, buscando estudar características de um grupo ou descobrir a existência de associações entre variáveis.

Como trajetória de pesquisa para o alcance dos objetivos propostos, adotou-se o método dedutivo que consiste na “decomposição do todo em elementos menores e cuja verdade é intuitivamente reconhecida. Esses elementos são recompostos por meio de deduções de forma a se chegar a conclusões de maneira puramente formal ou apenas baseada na lógica” (MARTINS, 2016, p. 36)

Como estratégia de pesquisa para responder ao problema delineado adotou-se a abordagem documental a partir de base de dados secundários, relatórios de auditoria e documentos oficiais. Também foi adotada a pesquisa bibliográfica, devido à necessidade de

levantamento de trabalhos já realizados a respeito do orçamento impositivo e dos gastos públicos.

3.1 ÍNDICE DE QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO (IQGP)

Com o propósito de avaliar a aplicação dos recursos de emenda parlamentar destinados à saúde, no âmbito da atenção especializada, este trabalho adotou como método o Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP) criado por Brunet et al. (2007).

Diversos estudos aplicaram o IQGP para avaliar a qualidade do gasto público tanto no nível estadual quanto no nível microrregional, dentre eles Borges (2010) que analisou a qualidade do gasto público municipal no âmbito microrregional no Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, considerou como indicadores de composição do Índice de Bem-Estar (IBE) a ponderação de indicadores sociais de resultado nas funções saúde, educação e cultura, habitação e urbanismo e saneamento. Para composição do Índice de Insumo (II) foi considerada a quantidade de recursos aplicados por função orçamentária.

Silva (2016) analisou a qualidade do gasto público no governo de Goiás entre 2012 a 2015, considerando para a composição do IBE a ponderação de indicadores sociais de resultado que retratam os resultados das políticas no Goiás nas funções saúde, educação e cultura, habitação e urbanismo e saneamento, conforme Brunet et al. (2007).

Por sua vez a composição do II considerou as despesas realizadas do período entre 2012 a 2015 nas funções saúde, educação e cultura, habitação e urbanismo e saneamento. Na mesma linha Sosa (2018) analisou os gastos estaduais em saúde, educação e segurança, considerando diversos indicadores sociais e de saúde para composição do IBE e as despesas liquidadas em cada função nas unidades da Federação como II.

Na área da saúde, Almeida (2017) aplicou o IQGP em conjunto com o modelo de Diferenças em Diferenças com ajustes de poligonais na Atenção Primária à Saúde (APS); correlacionando os gastos com atenção primária com a desigualdade de renda nos municípios brasileiros entre 2008 e 2013. As variáveis que compõem o IBE são os indicadores do Sistema de Pactuação de Indicadores do SUS – SISPACTO, e o cálculo do II considerou as despesas com Atenção Primária à Saúde por cada ente municipal entre 2008 e 2013. Como resultado da pesquisa, o autor identificou que há efeitos estatisticamente significantes sobre a desigualdade de renda quando há melhor qualidade de gasto público em atenção primária.

Carvalho (2018) também aplicou o IQGP aliado ao modelo de Diferenças em Diferenças com ajustes de poligonais para avaliação dos gastos públicos em saúde entre

municípios do Paraná entre 2000 e 2016. A composição do IBE foi baseada em uma série de indicadores de saúde de cada município como: Atendimento ambulatorial hospitalar aprovado; Exame mamografia; Média de permanência em internação em dias; Novos casos AIDS; Visita enfermagem, dentre outros. Por sua vez, para composição do II o autor considerou apenas os valores dos gastos públicos líquidos da saúde de cada município no SIOPS. A pesquisa identificou que todos os municípios do município do Paraná precisam aprimorar seus critérios de eficiência na saúde.

Afonso (2015) realizou a análise da qualidade da alocação dos recursos públicos especificamente na área da saúde do Distrito Federal, adotando para composição do IBE os seguintes indicadores: taxa de incidência de HIV, taxa de incidência de dengue, taxa de incidência de tuberculose, mortalidade neonatal precoce, mortalidade materna, crianças com baixo peso ao nascer, cobertura de consulta pré-natal e expectativa de vida. Como índice de insumo considerou-se apenas as despesas realizadas na função saúde. Após análise, a autora identificou que os recursos apresentaram baixo IQGP representando baixa qualidade dos gastos públicos em saúde no DF.

Segundo Brunet *et. al* (2007), o referido índice compara os resultados de cada Unidade Federativa (UF) utilizando como base os indicadores de bem-estar social em relação ao recurso despendido para o indicador por ano. Assim, a qualidade do gasto público é determinada de maneira comparativa, ou seja, a unidade da federação que apresenta o maior IQGP frente às demais representa a unidade com maior retorno na utilização dos recursos públicos. O índice de bem-estar (IBE) é calculado da seguinte maneira:

$$IBE = \sum_{i=1}^{i=m} \left(\frac{(EBi - Mi)}{DPi} \right) m^{-1}$$

Onde:

- *EB*: Escore Bruto do indicador da função selecionada para cada unidade da federação
- *M*: Média dos escores brutos de todas as unidades da federação para determinado indicador da função selecionada
- *DP*: Desvio Padrão dos escores brutos de todas as unidades da federação para determinado indicador da função selecionada.

- *m*: Total de indicadores da função selecionada

Por sua vez, o cálculo do índice de Insumo (II) é dado por:

$$II = \frac{[(DT/Pop) - md]}{dp}$$

Onde:

- *DT*: Despesa total efetuada na função selecionada
- *Pop*: População total na unidade da federação
- *md*: Média da despesa *per capita* de todas as unidades da federação para determinado indicador da função selecionada
- *DP*: Desvio Padrão da despesa *per capita* de todas as unidades da federação para determinado indicador da função selecionada.

Tem-se então a seguinte fórmula geral:

$$IQGP = \frac{\text{Índice de bem - estar (IBE)}}{\text{Índice de Insumo (II)}}$$

Conforme Borges (2010) tanto o Índice de Bem-Estar (IBE) quanto o Índice de Insumo podem assumir valores positivos ou negativos, dependendo do índice adotado.

Assim, no caso do Índice de Insumo, quanto menor o valor encontrado (mais próximo de $-\infty$), menor será a despesa realizada em comparação com os demais Estados.

Por sua vez, no Índice de Bem-Estar, quanto menor o resultado dos indicadores encontrados (mais próximo de $-\infty$), piores são os indicadores de saúde especializada do Estados em comparação com os demais.

3.2 COMPOSIÇÃO DO ÍNDICE DE INSUMO

Neste trabalho o Índice de Insumo (II) é composto pelo valor total pago (Desembolsado) somado aos Restos a Pagar (RP) pago, atualizado pelo Índice Nacional de

Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Os dados foram coletados do SIGABRASIL Emendas, disponível no Portal do Senado Federal.

Os dados selecionados consideraram apenas recursos executados pela Unidade Orçamentária Fundo Nacional de Saúde (FNS), no âmbito da Atenção Especializada e que receberam maior volume de recursos entre 2016 e 2019. Assim, constatou-se que neste período as ações que mais receberam recursos de emenda parlamentar foram: ação 4525 - Manutenção de unidade de Saúde e ação 8535 - Estruturação da Atenção Especializada, totalizando R\$ 11,1 bilhões de reais.

3.3 COMPOSIÇÃO DO ÍNDICE DE BEM-ESTAR

O Índice de bem-estar é composto pelos indicadores relacionados às políticas públicas de saúde que receberam maior volume de recursos de emenda parlamentar para financiamento nos últimos anos no âmbito da Atenção Especializada, a saber: a Ação 4525 somada à 2E90 e a Ação 8535.

Os recursos alocados na ação 4525, que posteriormente tornou-se a 2E90, devem ser aplicados em :

[...] recursos de natureza de despesa corrente que tem como objetivo de desenvolvimento de serviços de atenção à saúde em unidades hospitalares e ambulatoriais, inclusive os afetos a atendimentos, consultas, exames, tratamentos, internações, cirurgias e outros procedimentos complementares no SUS [...] (LOA, 2020)

Por sua vez, os recursos destinados à Ação 8535 devem ser aplicados na:

implantação, aparelhamento e ampliação da rede de serviços de atenção da média e alta complexidade, por meio de transferência de recursos destinados à construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a organização e reestruturação de serviços de atenção especializada (LOA, 2020)

No entanto, por se tratar de uma ação genérica, a Ação 8535 comporta diversas Redes/Políticas Públicas em que são financiadas obras como construção, ampliação, reforma; e aquisição de equipamentos que refletem diretamente na consecução da Rede/Política, que são:

a. Rede Cegonha

Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (ART. 1º, PORTARIA Nº 1.459 DE 24 DE JUNHO DE 2011).

b. Rede de Atenção às Urgências (RAU)

[...] tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (ART. 3º, § 1º, PORTARIA GM/MS Nº 1.600 DE 7 DE JULHO DE 2011).

c. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

[...] cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ART. 1º, PORTARIA GM/MS Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO 2011).

d. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

[...] realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (ART. 4, PORTARIA GM/MS Nº 483, DE 1 ABRIL DE 2014).

e. Política Nacional Hospitalar (PNHOSP)

[...] se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (ART. 2º, PORTARIA GM/MS Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013)

Assim, a composição do cálculo do Índice de Bem-Estar considerou os indicadores relacionados às Redes/Políticas Públicas conforme Quadro 1.

Cumprindo observar que quase todos os indicadores selecionados apresentam escala invertida, ou seja, quanto menor seu resultado melhor para a situação da população. O único caso de indicador com escala normal é a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Assim sendo, como forma de ajuste dos resultados do IBE que possui distribuição normal, todos os indicadores foram padronizados por meio da subtração do seu escore bruto por 100 e multiplicação por - 1 (ALMEIDA, 2018).

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Dentre as principais limitações da pesquisa estão:

- a. Considerar somente os recursos de origem de emenda parlamentar desconsidera-se os demais investimentos decorrentes de recursos da esfera municipal, estadual e federal, que agregam valor aos indicadores do Índice de Bem-estar (IBE);
- b. O IQGP não é capaz de mensurar aspectos intangíveis relacionados aos custos e benefícios de programas/projetos e seus efeitos sob a sociedade (BORGES, 2010);
- c. O IQGP desconsidera as desigualdades regionais e os condicionantes de saúde em que cada Unidade Federativa está inserida, os quais podem influenciar em um melhor ou pior desempenho que vai além da alocação de recursos.

4 RESULTADOS

4.1 QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NOS ESTADOS BRASILEIROS

Em análise da Tabela 1 observa-se que quase metade dos Estados analisados apresentou IQGP acima de 0. No entanto, conforme ressaltado por Brunet *et. al* (2007), a análise deste índice não deve ser realizada de maneira isolada uma vez que os Estados que apresentam maiores IQGPs não necessariamente ofertam o melhor atendimento na alta e média complexidade.

Desta forma, é crucial realizar uma análise dos índices de Bem-Estar e Insumo separadamente do IQGP, a fim de compreender como ocorreu a relação entre a alocação dos recursos de emendas e os indicadores de saúde na alta e média complexidade de cada um dos Estados. Nesta análise, os Estados que apresentarem elevado Índice de Bem-Estar e um baixo Índice de Insumo serão aqueles que mais se aproximarão da qualidade do gasto público.

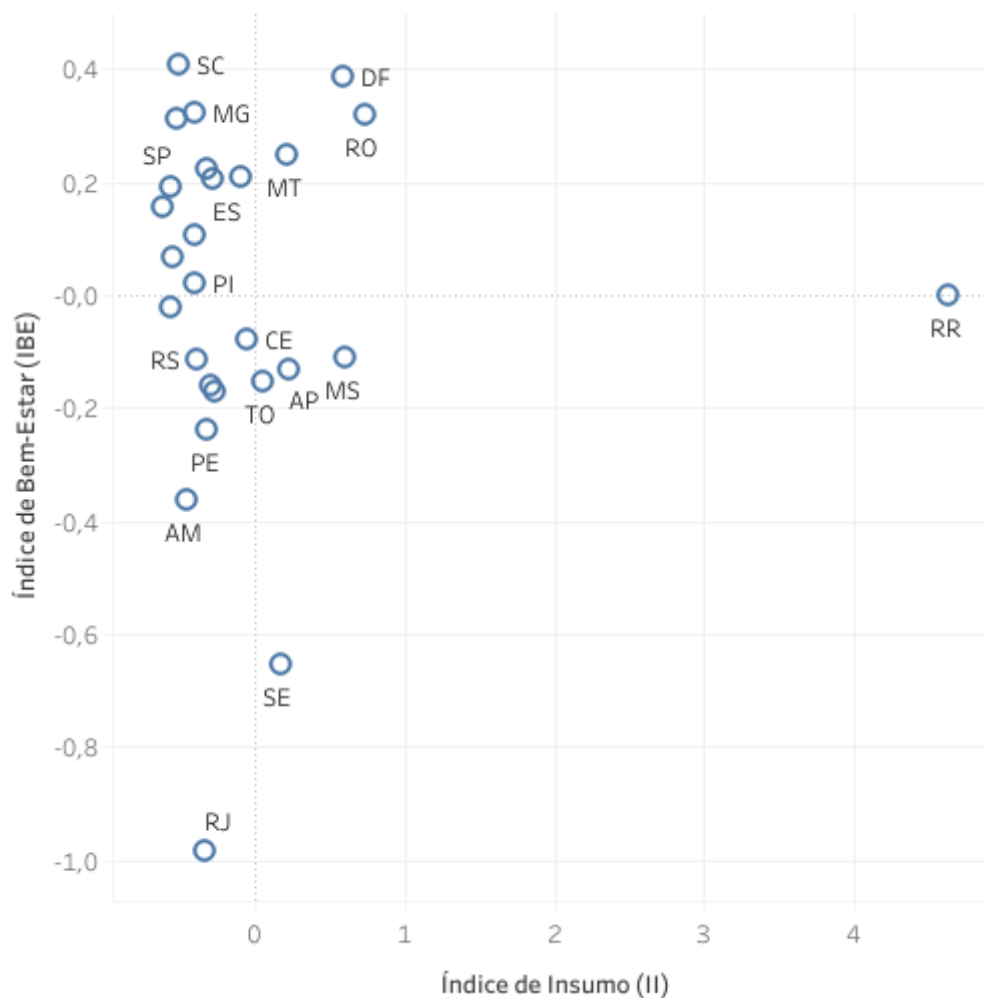
Tabela 1 – Índice de Qualidade do Gasto Público resultante de Emenda Parlamentar à saúde por Unidade Federativa em 2016

Sigla	Unidade Federativa (UF)	Índice de Insumo (II)	Índice de Bem Estar (IBE)	Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP)	Classificação
RJ	Rio de Janeiro	-0,33	-0,98	3,01	1º
CE	Ceará	-0,05	-0,08	1,50	2º
MT	Mato Grosso	0,22	0,25	1,12	3º
AM	Amazonas	-0,46	-0,36	0,79	4º
PE	Pernambuco	-0,31	-0,24	0,76	5º
DF	Distrito Federal	0,60	0,39	0,65	6º
AC	Acre	-0,27	-0,17	0,64	7º
AL	Alagoas	-0,29	-0,16	0,54	8º
RO	Rondônia	0,73	0,32	0,43	9º
RS	Rio Grande do Sul	-0,38	-0,11	0,30	10º
RN	Rio Grande do Norte	-0,55	-0,02	0,04	11º
RR	Roraima	4,63	0,00	0,00	12º
PI	Piauí	-0,40	0,02	-0,05	13º
MA	Maranhão	-0,55	0,07	-0,13	14º
MS	Mato Grosso do Sul	0,60	-0,11	-0,19	15º
PA	Pará	-0,62	0,15	-0,25	16º
BA	Bahia	-0,39	0,11	-0,27	17º
SP	São Paulo	-0,55	0,19	-0,34	18º
AP	Amapá	0,23	-0,13	-0,57	19º
PR	Paraná	-0,52	0,31	-0,60	20º
PB	Paraíba	-0,32	0,22	-0,70	21º
ES	Espírito Santo	-0,28	0,20	-0,73	22º
SC	Santa Catarina	-0,50	0,41	-0,82	23º
MG	Minas Gerais	-0,39	0,32	-0,83	24º
GO	Goiás	-0,09	0,21	-2,43	25º
TO	Tocantins	0,06	-0,15	-2,64	26º
SE	Sergipe	0,17	-0,65	-3,81	27º

Fonte: Elaboração própria

Conforme se pode verificar no Gráfico 1 a seguir, em 2016 o Estado de Roraima apresentou o pior desempenho na utilização de recursos públicos frente aos demais Estados, com maior índice de insumo, o que representa grande concentração de recursos oriundos de emenda parlamentar destinadas ao Estado que não refletiu nos indicadores de saúde especializada, pois o Índice de Bem-Estar em saúde é igual a 0.

Gráfico 1 - Distribuição do Índice de Insumo e Índice de bem estar por UF em 2016



Fonte: Elaboração própria

No entanto, é preciso ter cautela nesta análise, pois, especificamente no ano de 2016, o município de Boa Vista e Pacaraima decretaram emergência na Saúde, em razão da grande imigração de venezuelanos para as duas cidades.

Desta forma, os parlamentares concentraram os seus recursos disponíveis de emenda parlamentar para atender à necessidade de saúde especializada no Estado de Roraima. No entanto, devido ao aumento na demanda por serviços de saúde em um curto período de tempo, os recursos destinados não conseguiram ampliar a capacidade de oferta de serviços de média e alta complexidade em tempo hábil, o que acabou refletindo em um IBE abaixo de 0.

Com relação aos demais Estados, é possível observar que em 2016 alguns deles, como Santa Catarina, Distrito Federal, Rondônia, Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso, Paraíba, Goiás, Espírito Santo, São Paulo, Pará e Bahia, alcançaram qualidade de gasto público em

saúde, ainda que com pouco recurso *per capita* destinado, alguns Estados conseguiram resultados de IBE acima de 0.

Já em 2017, conforme apresentado na Tabela 2, o IQGP apresentou quase o mesmo quantitativo de Estados acima de 0 em comparação com 2016. Na análise dos Índices de Insumo e Bem-Estar observa-se que houve pouca alteração entre 2017 e 2016, conforme representado no Gráfico 2.

Tabela 2 –Índice de Qualidade do Gasto Público resultante de Emenda Parlamentar à saúde por Unidade Federativa em 2017

Sigla	Unidade Federativa (UF)	Índice de Insumo (II)	Índice de Bem Estar (IBE)	Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP)	Classificação
SE	Sergipe	-0,18	-0,69	3,81	1°
DF	Distrito Federal	0,15	0,41	2,73	2°
AM	Amazonas	-0,22	-0,52	2,33	3°
RO	Rondônia	0,37	0,38	1,01	4°
AC	Acre	-0,21	-0,20	0,94	5°
RS	Rio Grande do Sul	-0,20	-0,18	0,87	6°
TO	Tocantins	-0,34	-0,21	0,61	7°
MS	Mato Grosso do Sul	-0,08	-0,05	0,57	8°
PE	Pernambuco	-0,31	-0,16	0,53	9°
RN	Rio Grande do Norte	-0,47	-0,09	0,20	10°
AL	Alagoas	-0,29	-0,05	0,16	11°
AP	Amapá	-0,18	-0,02	0,13	12°
RR	Roraima	4,85	0,02	0,00	13°
PB	Paraíba	-0,38	0,02	-0,05	14°
PI	Piauí	-0,57	0,11	-0,19	15°
BA	Bahia	-0,33	0,07	-0,20	16°
MA	Maranhão	-0,23	0,07	-0,28	17°
PA	Pará	-0,45	0,15	-0,33	18°
SP	São Paulo	-0,35	0,18	-0,53	19°
CE	Ceará	0,28	-0,22	-0,80	20°
ES	Espírito Santo	-0,31	0,27	-0,90	21°
MT	Mato Grosso	-0,28	0,33	-1,19	22°
GO	Goiás	-0,30	0,38	-1,28	23°
MG	Minas Gerais	-0,17	0,26	-1,55	24°
SC	Santa Catarina	-0,19	0,31	-1,66	25°
RJ	Rio de Janeiro	0,47	-1,00	-2,13	26°
PR	Paraná	-0,08	0,43	-5,18	27°

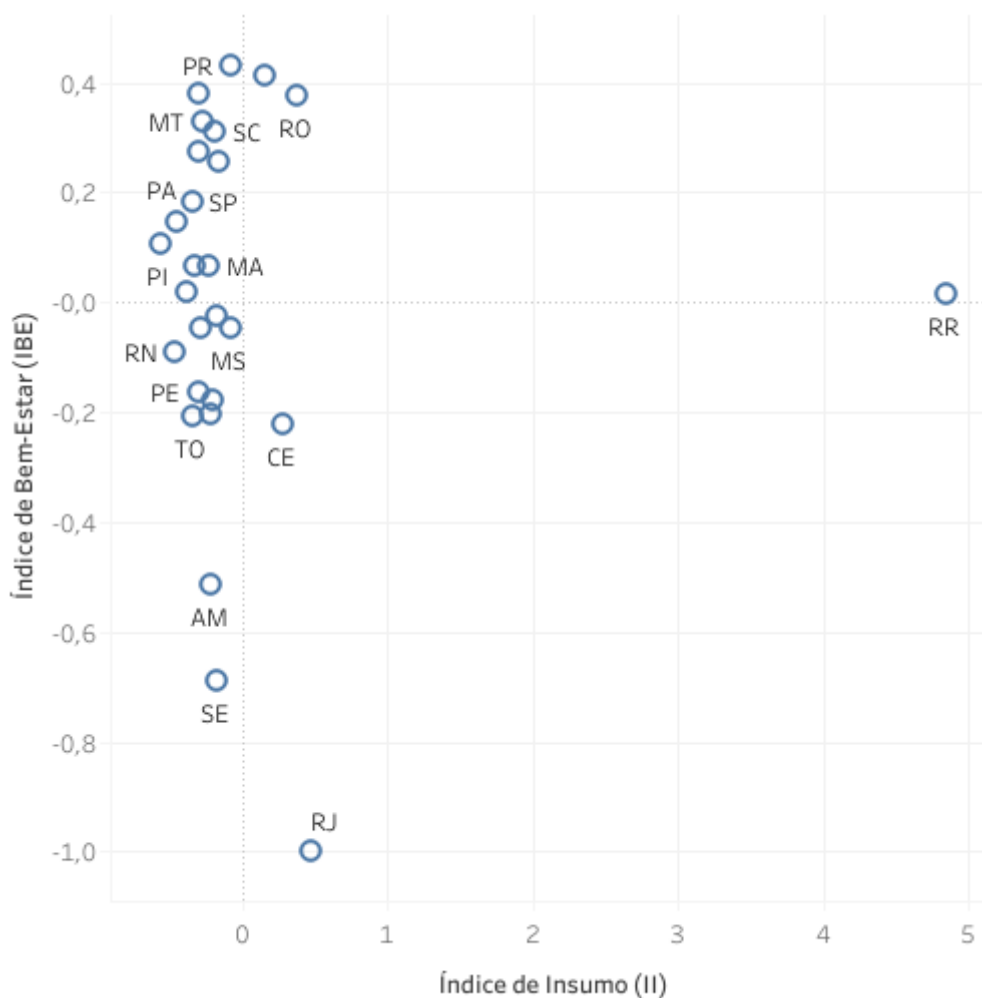
Fonte: Elaboração própria

Em 2017, o Estado de Roraima continuou com o mais alto nível de gastos, apresentado pelo II de 2,16, e baixo resultado de saúde em atenção especializada, representado pelo IBE negativo de -0,77.

Essa permanência do Estado de Roraima como o pior Estado em termos de qualidade nos gastos em saúde especializada decorreu da sobrecarga do sistema de saúde local causado pela crise migratória dos venezuelanos já observada em 2016.

Diante deste cenário, o Estado recebeu ainda mais recursos de emenda parlamentar destinados à alta e média complexidade *per capita*.

Gráfico 2 – Distribuição do Índice de Insumo e Índice de bem estar por UF em 2017



Fonte: Elaboração própria

Por sua vez, em 2018 esse cenário foi alterado, conforme apresentado na Tabela 3, em que menos da metade dos Estados apresentam IQGP acima de 0.

Tabela 3 – Índice de Qualidade do Gasto Público resultante de Emenda Parlamentar à saúde por Unidade Federativa em 2018

Sigla	Unidade Federativa (UF)	Índice de Insumo (II)	Índice de Bem Estar (IBE)	Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP)	Classificação
RJ	Rio de Janeiro	-0,43	-0,95	2,19	1º
RO	Rondônia	0,67	0,49	0,72	2º
RS	Rio Grande do Sul	-0,87	-0,35	0,40	3º
AM	Amazonas	-1,08	-0,40	0,37	4º
RN	Rio Grande do Norte	-0,53	-0,19	0,36	5º
PE	Pernambuco	-0,70	-0,21	0,31	6º
MT	Mato Grosso	2,44	0,37	0,15	7º
PI	Piauí	0,73	0,05	0,07	8º
AL	Alagoas	0,18	-0,03	-0,18	9º
PB	Paraíba	0,81	-0,17	-0,21	10º
BA	Bahia	-0,41	0,09	-0,22	11º
AC	Acre	1,51	-0,39	-0,26	12º
MG	Minas Gerais	-0,71	0,23	-0,32	13º
RR	Roraima	2,16	-0,77	-0,36	14º
ES	Espírito Santo	-1,22	0,44	-0,36	15º
PA	Pará	-0,75	0,29	-0,39	16º
PR	Paraná	-0,87	0,36	-0,41	17º
SP	São Paulo	-1,06	0,44	-0,42	18º
MS	Mato Grosso do Sul	-0,51	0,22	-0,43	19º
GO	Goiás	-0,66	0,32	-0,49	20º
AP	Amapá	0,93	-0,46	-0,49	21º
CE	Ceará	0,44	-0,24	-0,55	22º
SE	Sergipe	1,16	-0,74	-0,64	23º
DF	Distrito Federal	-0,91	0,76	-0,84	24º
MA	Maranhão	-0,16	0,18	-1,10	25º
TO	Tocantins	-0,07	0,23	-3,17	26º
SC	Santa Catarina	-0,10	0,45	-4,56	27º

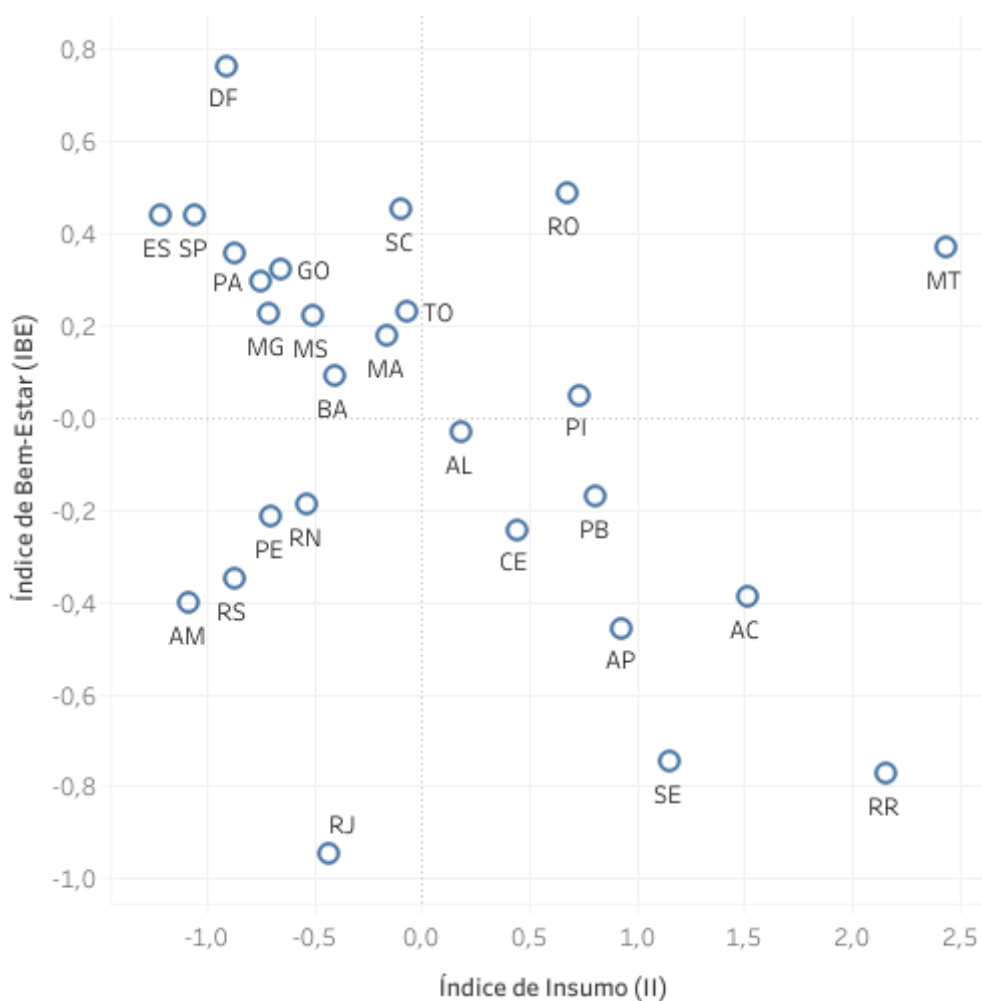
Fonte: Elaboração própria

Essa mudança é evidenciada no Gráfico 3, em que diferentemente da concentração de recursos no Estado de Roraima, houve uma grande dispersão de recursos de emenda parlamentar destinados aos Estados. Esse comportamento pode ser decorrente das eleições gerais que ocorreram em 2018, e que provavelmente alteraram a destinação dos recursos de emenda parlamentar para atender às necessidades locais de saúde de suas bases eleitorais (FIGUEIREDO & LIMONGI, 2019).

Além disso, a partir da análise do Gráfico 3, também é possível corroborar os resultados encontrados por Brunet *et. al* (2007), em que apesar do crescimento do volume de

recursos destinados ao atendimento de ações e serviços de saúde da alta e média complexidade, alocados para diversos Estados brasileiros, proporcionalmente não foi observado retorno nos indicadores de saúde especializada. Ou seja, a elevação na destinação de recursos de emenda parlamentar para determinados Estados, especificamente para a saúde especializada, não necessariamente geraram melhorias nos indicadores de saúde, como nos casos do Mato Grosso, Acre, Sergipe, Amapá, Paraíba e Piauí.

Gráfico 3 – Distribuição do Índice de Insumo e Índice de Bem-Estar por UF em 2018



Fonte: Elaboração própria

Por fim, a Tabela 4 demonstra que o Estado do Amapá apresentou o melhor IQGP para o ano de 2019, frente aos demais Estados analisados, ou seja, foi o Estado que apresentou maior retorno na alocação dos recursos de emendas parlamentares resultando na melhoria do Índice de Bem Estar. Em segundo lugar, figura o Estado do Rio Grande do Sul, com IQGP de

3,86, e em terceiro o Estado do Rio de Janeiro, com 2,54 como os melhores entre os Estados brasileiros na utilização dos recursos de emenda parlamentar.

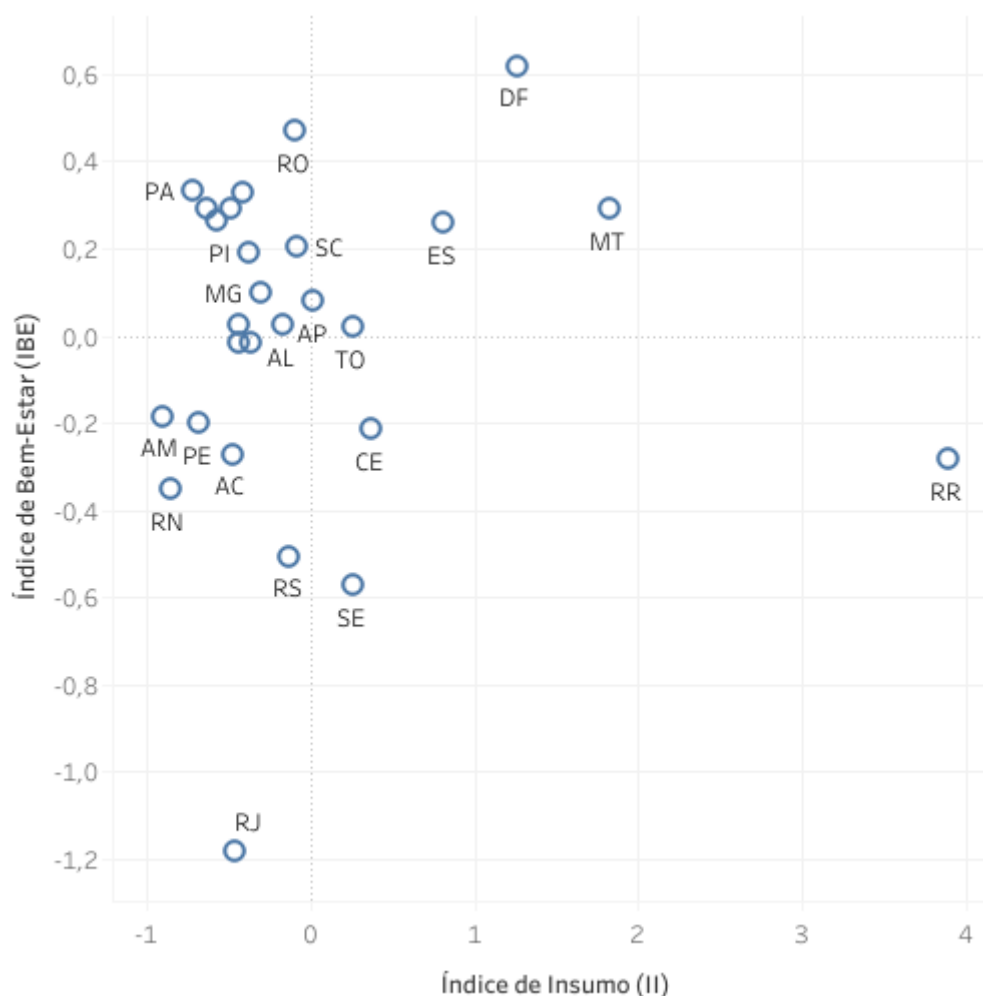
Tabela 4 – Índice de Qualidade do Gasto Público resultante de Emenda Parlamentar à saúde por Unidade Federativa em 2019

Sigla	Unidade Federativa (UF)	Índice de Insumo (II)	Índice de Bem Estar (IBE)	Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP)	Classificação
AP	Amapá	0,02	0,08	4,40	1º
RS	Rio Grande do Sul	-0,13	-0,51	3,86	2º
RJ	Rio de Janeiro	-0,46	-1,18	2,55	3º
AC	Acre	-0,48	-0,27	0,57	4º
DF	Distrito Federal	1,26	0,62	0,49	5º
RN	Rio Grande do Norte	-0,86	-0,35	0,41	6º
ES	Espírito Santo	0,80	0,26	0,32	7º
PE	Pernambuco	-0,68	-0,20	0,29	8º
AM	Amazonas	-0,91	-0,18	0,20	9º
MT	Mato Grosso	1,82	0,29	0,16	10º
TO	Tocantins	0,26	0,02	0,08	11º
PB	Paraíba	-0,37	-0,01	0,04	12º
MS	Mato Grosso do Sul	-0,44	-0,01	0,03	13º
SP	São Paulo	-0,44	0,03	-0,06	14º
RR	Roraima	3,90	-0,28	-0,07	15º
AL	Alagoas	-0,18	0,03	-0,14	16º
MG	Minas Gerais	-0,30	0,10	-0,33	17º
PR	Paraná	-0,64	0,29	-0,45	18º
BA	Bahia	-0,58	0,26	-0,46	19º
PA	Pará	-0,72	0,33	-0,46	20º
PI	Piauí	-0,38	0,19	-0,50	21º
CE	Ceará	0,37	-0,21	-0,57	22º
GO	Goiás	-0,49	0,29	-0,59	23º
MA	Maranhão	-0,42	0,33	-0,77	24º
SE	Sergipe	0,25	-0,57	-2,26	25º
SC	Santa Catarina	-0,08	0,20	-2,48	26º
RO	Rondônia	-0,10	0,47	-4,75	27º

Fonte: Elaboração própria

Além disso, é possível observar que mais da metade dos Estados analisados apresentaram IQGP abaixo de 0 no ano de 2019. Esse resultado apresenta um cenário preocupante, uma vez que se constata que os recursos de emenda destinados a esses Estados pioraram em comparação com os anos anteriores.

Gráfico 4 – Distribuição do Índice de Insumo e Índice de Bem-Estar por UF em 2019



Fonte: Elaboração própria

Na análise dos Índices de Insumo e Bem-Estar para os Estados em 2019, nota-se um retorno da situação observada nos anos de 2016 e 2017, de concentração de recursos de emenda parlamentar em Roraima que em 2019 permaneceu como o pior Estado em termos de qualidade do gasto público, devido à permanência da crise de emergência em saúde pública decorrente da crise migratória.

Quanto aos demais Estados, destaca-se o Estado de Mato Grosso, que recebeu um grande volume de recursos de emenda parlamentar em 2019, mas apresentou IBE em saúde de apenas 0,29, representando um baixo desempenho na qualidade do gasto público em saúde frente aos demais Estados. O Estado do Espírito Santo figura com segundo pior desempenho, seguido de Ceará e Sergipe. Apenas o Distrito Federal conseguiu um resultado positivo frente

aos demais Estados, pois a cada R\$ 1,26 *per capita* de emenda parlamentar destinada ao DF, 0,60 são convertidos em atenção especializada em saúde.

4.2 DINÂMICA DA EVOLUÇÃO DO IQGP

Desde a implementação do orçamento impositivo em 2015, observa-se que houve grande variação no IQGP ao longo dos anos para cada um dos Estados representados na Tabela 5. A princípio, apenas os Estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Amazonas mantiveram uma estabilidade positiva no IQGP entre 2016 e 2019.

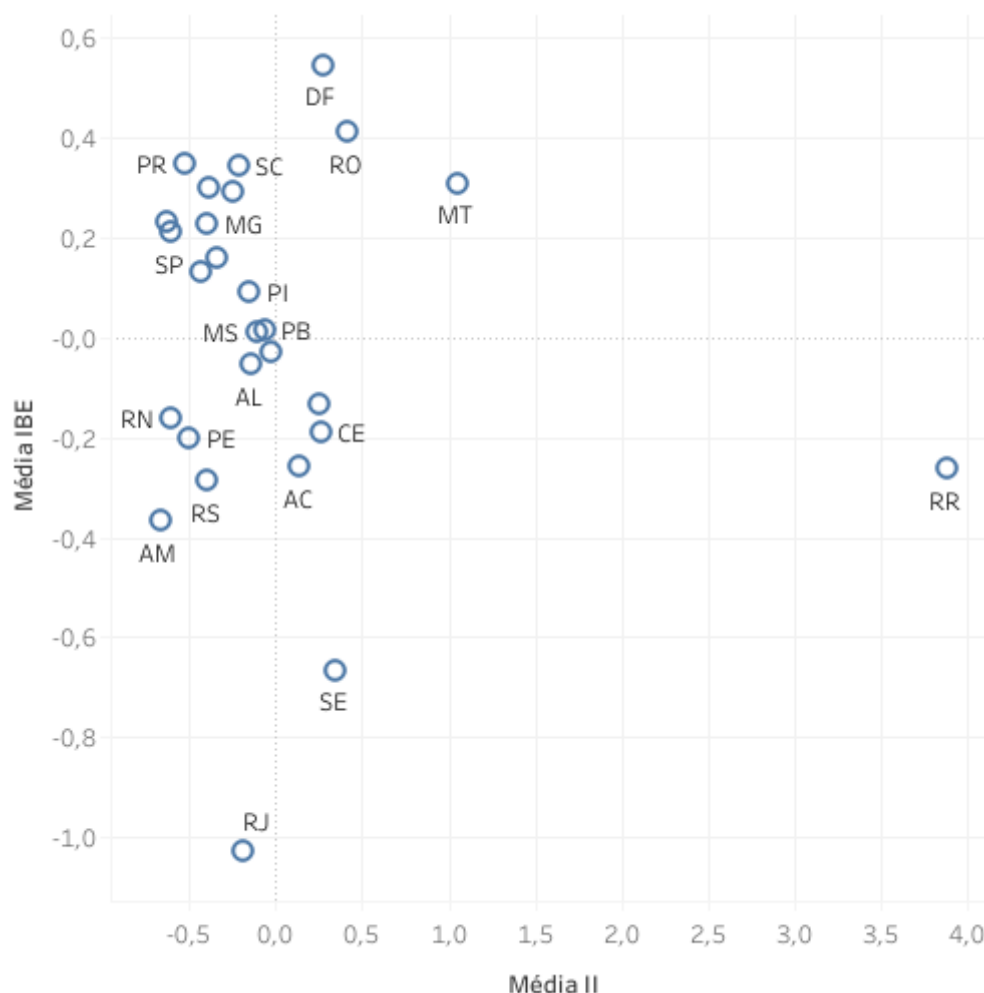
Todavia, como dito anteriormente, a análise isolada do IQGP não garante a qualidade dos gastos públicos na utilização dos recursos de emendas por parte dos Estados. Desta forma, são apresentados no Gráfico 4 a média dos índices de Bem-Estar e de Insumo para cada Estado.

Tabela 5 – Evolução do IQGP por Unidade Federativa

SIGLA	UNIDADE FEDERATIVA (UF)	IQGP 2016	IQGP 2017	IQGP 2018	IQGP 2019
AC	Acre	0,64	0,94	-0,26	0,57
AL	Alagoas	0,54	0,16	-0,18	-0,14
AM	Amazonas	0,79	2,33	0,37	0,20
AP	Amapá	-0,57	0,13	-0,49	4,40
BA	Bahia	-0,27	-0,20	-0,22	-0,46
CE	Ceará	1,50	-0,80	-0,55	-0,57
DF	Distrito Federal	0,65	2,73	-0,84	0,49
ES	Espírito Santo	-0,73	-0,90	-0,36	0,32
GO	Goiás	-2,43	-1,28	-0,49	-0,59
MA	Maranhão	-0,13	-0,28	-1,10	-0,77
MG	Minas Gerais	-0,83	-1,55	-0,32	-0,33
MS	Mato Grosso do Sul	-0,19	0,57	-0,43	0,03
MT	Mato Grosso	1,12	-1,19	0,15	0,16
PA	Pará	-0,25	-0,33	-0,39	-0,46
PB	Paraíba	-0,70	-0,05	-0,21	0,04
PE	Pernambuco	0,76	0,53	0,31	0,29
PI	Piauí	-0,05	-0,19	0,07	-0,50
PR	Paraná	-0,60	-5,18	-0,41	-0,45
RJ	Rio de Janeiro	3,01	-2,13	2,19	2,55
RN	Rio Grande do Norte	0,04	0,20	0,36	0,41
RO	Rondônia	0,43	1,01	0,72	-4,75
RR	Roraima	0,00	0,00	-0,36	-0,07
RS	Rio Grande do Sul	0,30	0,87	0,40	3,86
SC	Santa Catarina	-0,82	-1,66	-4,56	-2,48
SE	Sergipe	-3,81	3,81	-0,64	-2,26
SP	São Paulo	-0,34	-0,53	-0,42	-0,06
TO	Tocantins	-2,64	0,61	-3,17	0,08

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 5 – Distribuição da média do Índice de Insumo e Índice de Bem-Estar por UF



Fonte: Elaboração própria

A partir dos dados apresentados no Gráfico 5 observa-se que o Distrito Federal e os Estados de Rondônia, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás, foram os Estados que, na média, apresentaram o maior retorno entre os recursos alocados de emenda parlamentar e os resultados de saúde especializada. Por sua vez, o Estado do Rio de Janeiro, Sergipe, Amazonas, Rio Grande do Sul, Roraima e Acre são os que, em média, apresentaram o pior desempenho entre os recursos recebidos de emenda parlamentar e os resultados de saúde na alta e média complexidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar a qualidade do gasto público com emendas parlamentares na atenção especializada em saúde nos Estados brasileiros, para subsidiar a alocação de recursos públicos de saúde.

Para tanto, foram analisados os gastos públicos dos Estados brasileiros em atenção à saúde especializada, realizadas com recursos de emendas parlamentares por meio do Índice de Qualidade do Gasto Público (IQGP) desenvolvido por Brunet *et. al* (2007).

No entanto, cumpre observar as limitações da aplicação do IQGP, uma vez que este não é capaz de mensurar aspectos intangíveis relacionados aos custos e benefícios de programas/projetos e seus efeitos sob a sociedade (BORGES, 2010), e tão pouco considera as desigualdades regionais e os condicionantes de saúde em que cada Unidade Federativa está inserida, os quais podem influenciar em um melhor ou pior desempenho, que vão além da alocação de recursos.

Ademais, a análise de gastos públicos restrita aos recursos de origem de emendas parlamentares desconsidera os demais investimentos decorrentes de recursos da Esfera Municipal, Estadual e Federal que agregam valor aos indicadores do Índice de Bem-estar (IBE).

No método foram considerados, para a composição do Índice de Bem-estar, os indicadores relacionados à atenção em saúde especializada, e para o Índice de Insumo, os recursos pagos oriundos de emendas parlamentares destinados aos Estados brasileiros entre 2016 e 2019. Este estudo contribui para o preenchimento da lacuna existente na literatura sobre a qualidade do gasto público, oriundo do orçamento impositivo na atenção especializada em saúde.

Como resultado, corroborou-se com os achados de Brunet *et. al* (2007); que para a Saúde, de forma geral, as unidades da federação com menor despesa *per capita* apresentam melhor desempenho em termos de qualidade do gasto público, e aquelas com maior despesa tendem a aumentar o desperdício de recursos, uma vez que o retorno obtido em termos de melhoria na qualidade de vida para a população não é proporcional ao aumento da despesa.

Esse comportamento foi observado em todos os períodos estudados, em que grande parte dos Estados com melhor desempenho na qualidade do gasto público recebeu pouco recurso de emenda parlamentar, e os poucos que receberam maior volume de recursos não retornaram em termos de qualidade dos serviços e ações da atenção em saúde especializada.

Além disso, foi possível observar que, embora a destinação de recursos do orçamento impositivo para a saúde possua como base de aprovação a necessidade de saúde local, essa alocação segue uma dinâmica própria em anos eleitorais, em que parlamentares priorizam a destinação de recursos para as suas bases. Conforme demonstrado nesta pesquisa, nesses períodos, a qualidade do gasto público é reduzida pela alocação de recursos de emendas para localidades que não possuem capacidade de execução dos recursos recebidos, e, conseqüente, não aproveitamento para a melhoria do gasto.

Desta forma, espera-se que estudos futuros busquem explicar os fatores determinantes da alocação de recursos públicos que reflitam na melhoria dos resultados em saúde e desenvolvam mecanismos de alinhamento entre as necessidades de saúde locais que permitam planejar a aplicação dos recursos financeiros e evitar desperdícios.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. **Presidencialismo de Coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, n. 10. Brasília: ENAP, 1997.

AFONSO, C. C. **Análise da qualidade da alocação dos recursos públicos dos Estados da federação: um estudo na área da saúde do distrito Federal**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), 2015.

ALMEIDA, J. C. **Qualidade do gasto público em atenção primária à saúde: efeitos sobre a desigualdade de renda nos municípios brasileiros no período de 2008 a 2013**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis)— Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

ASATRYAN, Z.; DE WITTE, K. Direct Democracy and Local Government Efficiency. **European Journal of Political Economy**. v. 39. 58-66, 2014.

AUCOIN, P. Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums. **Governance**. v. 3, n.2, pp. 115-137, 1990.

BAIAO, A.L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 27, n. 71, e004, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782019000300204&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

BARROS, M. E. D; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F., ROA, A.C. (Orgs). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade; Para uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BORGES, M. F. **Qualidade do gasto público municipal: uma abordagem microrregional para o estado do Rio Grande do Sul**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

Brasil. Agência Nacional de Saúde. **Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar: Linhas de cuidado – Fichas Técnicas e manual operacional**. Brasília: Agência Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/_Projeto_Indicadores__Manual_metodol%C3%B3gico_Linhas_de_Cuidado__3__2.pdf>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Ficha técnica de indicadores relativos às ações de controle do câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ficha-tecnica-indicadores-mama-2014.pdf>>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Ficha técnica de indicadores relativos às ações de controle do câncer de Colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//fichatecnicaindicador-escolo14.pdf>>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. **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 especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: 02 ago. 2020.

_____. **Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe 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 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. **Lei nº 13.978, de 17 de janeiro de 2020**. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2020. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa>>. Acesso em: 02 ago. 2020.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.308 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 2704/2019**. Plenário. Relator: Vital do Rêgo. Sessão de 06/11/2019. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2375962%22>>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRUNET, J. F. G.; BERTÊ, A. M. A.; BORGES, C. B. **Estudo Comparativo das Despesas Públicas dos Estados Brasileiros: um índice de qualidade do gasto público**. XIII Prêmio Tesouro Nacional, 2007. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/premio/Premio_TN/XIIpremio/qualidade/3qualidadeXIIPTN/estudo_comparativo_das_despesas.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CAVALCANTE, P. **Gestão Pública Contemporânea: Do movimento gerencialista ao pós-NPM. Texto para Discussão - IPEA**. Rio de Janeiro, n. 2319, 2017.

CARVALHO, M. A. **Ensaio sobre os gastos públicos com saúde: um estudo comparativo da eficiência e da participação da União, do Estado e dos municípios entre os principais municípios do Paraná de 2000 a 2016**. 2018. Dissertação (Mestrado em Economia Regional) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Economia Regional, 2018

DALMONECH, L. F.; TEIXEIRA, A.; SANT'ANNA, J.M.B. O impacto ex-post da Lei de Responsabilidade Fiscal nº101/2000 nas finanças dos estados brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1173-1196, ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2020.

FIGUEIREDO, A. C. e LIMONGI, F. Política Orçamentária no Congresso Nacional: ontem e hoje. **Blog DADOS**, 2019. <Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/politica-orcamentaria-no-congresso-nacional-ontem-e-hoje/>> Acesso: 02 de outubro de 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

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

HOOD, C. Contemporary public management: A new global paradigm. **Public Policy and Administration**. v.10, n. 2, 104-117, 1995.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MARTINS, G. A. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2016.

MOTTA, A. R.; MACIEL, P. J.; PIRES, V. A. Qualidade do gasto público: revisitando o conceito em busca de uma abordagem polissêmica articulada. **Texto para Discussão - ESAF**. Brasília, n. 18, 2014.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. **Public Management Reform: A comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State**. Oxford University Press, 2011.

RIANI, F. **Economia do Setor Público: Uma Abordagem Introdutória**. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

SILVA, C. E. **Qualidade do gasto público do governo de Goiás: Análise do período de 2012 a 2015**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás. 2016.

SODRÉ, A. C. 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. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 414-433, 2010.

SOSA, L. D. **Qualidade do gasto público brasileiro: uma análise dos gastos estaduais com saúde, educação e segurança**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

APÊNDICE

Quadro 1. Indicadores de Saúde relacionados às políticas públicas da Atenção Especializada.

Política/ Rede	Indicador	Método de Cálculo	Origem
Rede Cegonha	1. Taxa de Incidência de Sífilis em menores de 1 ano	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ Casos sífilis congênita em menores de 1 ano de idade} \times 1.000}{\text{Total de nascidos vivos}} \right)$	Matriz diagnóstica da Rede Cegonha, (Portaria GM/MS nº 1.459/2011)
	2. Taxa de Óbitos Infantis	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de Óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida}}{\text{Total de nascidos vivos}} \right) \times 1.000$	
Rede de Atenção às Urgências (RAU)	3. Proporção de óbitos das internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de Óbitos das Internações por IAM}}{\text{Total Internações por IAM}} \right) \times 100$	Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
	4. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de acidentados atendidos no hospital e que foram a óbito}}{\text{Total acidentados atendidos ou não em um hospital e que foram a óbito}} \right) \times 100$	
	5. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de Óbitos em menores de 15 anos internados UTI}}{\text{Total de menores de 15 anos internados em UTI}} \right) \times 100$	

Política/ Rede	Indicador	Método de Cálculo	Origem
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	6. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)}}{\text{População residente} \times 100.000} \right)$	
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	7. Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ Óbitos por câncer do colo de útero} \times 100.000}{\text{População feminina total}} \right)$	Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero do INCA
	8. Taxa de mortalidade por câncer de Mama	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ Óbitos por câncer de Mama} \times 100.000}{\text{População feminina total}} \right)$	Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer de mama do INCA
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	9. Média de permanência nos hospitais SUS	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes internados por dia}}{N^{\circ} \text{ de pacientes que saíram do hospital por dia}} \right)$	Consórcio de indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS)
	10. Taxa de mortalidade hospitalar SUS	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos de pacientes internados}}{\text{Total de saídas}} \right) \times 100$	

Fonte: Elaboração própria

