

**Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados**

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

**<http://bd.camara.gov.br>**

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**  
**ISC**

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CEFOR**

**Marcelo de Carvalho**

**EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES AO ORÇAMENTO NA REDUÇÃO  
DAS DESIGUALDADES REGIONAIS**

**BRASÍLIA**

**2007**

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO  
ISC**

**CÂMARA DOS DEPUTADOS  
CEFOR**

**Marcelo de Carvalho**

**EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES AO ORÇAMENTO NA REDUÇÃO  
DAS DESIGUALDADES REGIONAIS**

**BRASÍLIA**

**2007**

**Marcelo de Carvalho**

**EFEITOS DAS EMENDAS PARLAMENTARES AO ORÇAMENTO NA REDUÇÃO  
DAS DESIGUALDADES REGIONAIS**

Monografia apresentada para aprovação no Curso de Especialização em Orçamento Público realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União em parceria com o Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados.

Orientador: Vander Gontijo

**BRASÍLIA**

**2007**



Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Carvalho, Marcelo de.

Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais [manuscrito] / Marcelo de Carvalho. -- 2007.

56 f.

Orientador: Vander Gontijo.

Impresso por computador.

Monografia (especialização) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), da Câmara dos Deputados, Curso de Especialização em Orçamento Público.

1. Execução orçamentária, Brasil. 2. Orçamento público, Brasil. 3. Proposição legislativa, Brasil. 4. Saúde pública, financiamento, Brasil. I. Título.

CDU 336.126(81)

Efeitos das Emendas Parlamentares ao Orçamento na  
Redução das Desigualdades Regionais

Monografia - Curso de Especialização em Orçamento  
Público - Câmara dos Deputados – 2007.

Marcelo de Carvalho

Banca Examinadora:

---

Vander Gontijo

---

Eduardo Fernandez Silva

Brasília, 27 de junho de 2007.

## APRESENTAÇÃO

Enquanto as autoridades e órgãos dos Poderes Executivo e Judiciário federais não representam particularmente nenhum dos entes federados, o Poder Legislativo federal é exercido por representantes dos Estados e do Distrito Federal, integrantes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, as duas Casas Legislativas que compõem o Congresso Nacional. É natural, portanto, que os interesses e divergências dos entes federados se manifestem com maior intensidade no Poder Legislativo.

Todavia, os cidadãos de cada unidade da federação não estão igualmente representados no Congresso Nacional, pois o número de representantes no Senado Federal é igual para todas as unidades da federação, independentemente de sua população, e a representação na Câmara dos Deputados não é proporcional à população. O número de parlamentares por Unidade da Federação, por habitante, é bem disperso. As regiões representadas mais do que proporcionalmente no Congresso são aquelas menos desenvolvidas. Isso, supõe-se, pode favorecer o objetivo constitucional da redução das desigualdades regionais. Essa hipótese será explorada nesta monografia.

Embora este desequilíbrio representativo possa se manifestar em qualquer das atribuições do Congresso Nacional que envolvam conflitos entre os entes federados, o orçamento federal permite uma investigação singular, pois tem uma expressão mensurável: as dotações orçamentárias destinadas a cada unidade da federação.

O desequilíbrio representativo manifesta-se no processo orçamentário na forma das emendas individuais e de bancadas estaduais, cujos valores são determinados pelo número de parlamentares de cada unidade da federação e não pela população representada. Assim, a população dos estados sobre-representados seria favorecida com maior proporção de recursos federais.

Considerando que as emendas individuais são todas aprovadas em valor integral e as emendas de bancada são em maior parte aprovadas, ainda que com redução do valor proposto, é esperado que os recursos previstos nessas emendas favoreçam o desenvolvimento dos Estados, principalmente daqueles com representação mais do que proporcional, que são exatamente aqueles mais necessitados, conforme salientamos acima.



Por razões históricas, os estados brasileiros encontram-se em diferentes estágios de desenvolvimento econômico e social, que se expressam nas diferentes condições de infraestrutura, renda, moradia, saúde, educação e segurança à disposição da população.

O desenvolvimento sócio-econômico não pode ser medido somente pela renda *per capita* ou pela renda familiar. Para captar o bem estar da população, é preciso atentar às dimensões sociais do desenvolvimento.

Os indicadores sociais mostram enormes diferenças regionais nas condições de saúde no Brasil, muito embora a Constituição Federal assegure a todos o direito à saúde e obrigue o Estado a garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As condições de saúde do Brasil são ruins em comparações internacionais. O país ocupa a 111ª posição em mortalidade infantil e a 83ª posição em expectativa de vida, embora esteja classificado em 61º em renda *per capita*. Diariamente é noticiada a crise na saúde pública, entretanto a constatação correta é de que condições do sistema de saúde nunca foram boas.

O Congresso Nacional demonstra ter grande preocupação com as condições de saúde no país. A Frente Parlamentar da Saúde, que zela pelos recursos destinados à saúde pública, conta 237 deputados federais e 23 senadores. Os recursos destinados à saúde pelas emendas parlamentares individuais corresponderam a 34% do total proposto para orçamentos de 2002 a 2007. De todos os investimentos federais em saúde no período de 2002 a 2006, 34% foram previstos por emendas parlamentares individuais ou de bancadas estaduais.

Este trabalho pretende averiguar se há relação entre os recursos destinados pelas emendas parlamentares individuais e de bancada estaduais na função de saúde e a melhoria das condições de saúde em cada unidade da federação.

## INTRODUÇÃO

O Capítulo I versará sobre o desequilíbrio representativo do Poder Legislativo Federal, suas medidas, origens e implicações.

O Capítulo II descreverá o sistema orçamentário federal, as leis que o compõem, o processo de elaboração, apreciação, votação e execução da Lei Orçamentária Anual. Uma vez que as emendas individuais e de bancada estadual são manifestações do desequilíbrio representativo tratado no Capítulo I, serão focados valores por elas propostos, os valores atendidos pela Lei Orçamentária e os valores executados. Será destacada a importância que as emendas parlamentares têm no montante de investimentos em saúde realizados pelo governo federal.

O Capítulo III tratará do sistema de saúde pública e de suas formas de financiamento. Serão relatadas a evolução dos modelos de saúde brasileiros no século XX em direção à universalização e as iniciativas legislativas para suprir o financiamento do sistema. Com base neste histórico, será justificada a atual distribuição de recursos entre as regiões.

O Capítulo IV definirá os indicadores sociais e sua aplicação como medida de avaliação das políticas públicas. Serão selecionados indicadores mais adequados para as correlações do capítulo seguinte.

O Capítulo V descreverá os métodos empregados para correlacionar as despesas federais com saúde e os indicadores sociais e apresentará os resultados obtidos.

O Capítulo VI discutirá a relação entre a execução das emendas parlamentares e a evolução dos indicadores sociais selecionados.

## **I - REPRESENTATIVIDADE DOS ESTADOS NO CONGRESSO NACIONAL**

Neste capítulo demonstraremos que há um desequilíbrio na representação dos Estados no Congresso Nacional e descreveremos quais são os mecanismos que levam a este desequilíbrio. Analisaremos historicamente a representatividade proporcional das regiões na Câmara dos Deputados e calcularemos medidas de representatividade para a legislatura eleita em 2006. Usando estes resultados, discutiremos justificativas e implicações da desproporcionalidade representativa.

O Parlamento brasileiro é bicameral, composto de uma câmara de representantes das unidades da federação, o Senado Federal, e uma câmara de representantes da população, a Câmara dos Deputados. O Senado Federal é considerado a câmara alta do parlamento, pois atua como casa revisora da maioria das proposições que compõem o processo legislativo, enquanto a Câmara dos Deputados é considerada a câmara baixa, porque atua como casa iniciadora da maioria das proposições.

Como cada unidade da federação tem três representantes no Senado Federal, aquelas com menor população têm uma representatividade mais do que proporcional.

O número de assentos na Câmara dos Deputados varia de acordo com a população da unidade representada, mas, em razão de limites máximos e mínimos impostos pela Constituição e pela não atualização dos critérios estabelecidos na Resolução nº 12.855/86, do Tribunal Superior Eleitoral, os estados não estão proporcionalmente representados.

O Quadro I relaciona a quantidade de Deputados Federais de cada unidade da federação com sua população, classificando-as conforme a representatividade proporcional. O quadro compara ainda este índice com o IDH - Índice de Desenvolvimento Humano de cada estado.

Quadro I – População, Deputados Federais e IDH por unidade da federação

Unidade da federação	População <sup>(1)</sup>	Deputados Federais <sup>(2)</sup>	Habitantes por Deputado Federal	IDH-M <sup>(3)</sup>
Roraima	402.929	8	50.366	0,746
Amapá	615.028	8	76.878	0,753
Acre	660.840	8	82.605	0,697
Tocantins	1.331.232	8	166.404	0,710
Rondônia	1.561.396	8	195.175	0,735
Sergipe	1.999.120	8	249.890	0,682
Mato Grosso do Sul	2.296.269	8	287.034	0,778
Distrito Federal	2.381.565	8	297.696	0,844
Paraíba	3.621.613	12	301.801	0,661
Piauí	3.034.636	10	303.464	0,656
Goiás	5.725.655	17	336.803	0,776
Rio de Janeiro	15.552.006	46	338.087	0,807
Alagoas	3.048.756	9	338.751	0,649
Pernambuco	8.497.663	25	339.907	0,705
Maranhão	6.180.257	18	343.348	0,636
Paraná	10.380.623	30	346.021	0,787
Espírito Santo	3.461.522	10	346.152	0,765
Rio Grande do Sul	10.956.706	31	353.442	0,814
Mato Grosso	2.854.499	8	356.812	0,773
Bahia	13.942.965	39	357.512	0,688
Minas Gerais	19.466.432	53	367.291	0,773
Santa Catarina	5.953.659	16	372.104	0,822
Ceará	8.210.954	22	373.225	0,700
Rio Grande do Norte	3.041.629	8	380.204	0,705
Amazonas	3.333.083	8	416.635	0,713
Pará	7.105.616	17	417.977	0,723
São Paulo	41.024.597	70	586.066	0,820
<b>Brasil</b>	<b>186.641.250</b>	<b>513</b>	<b>363.823</b>	<b>0,766</b>

Fontes:

1 – IBGE, estimativa 2006.

2 – Câmara dos Deputados.

3 – PNUD, 2000.

Os casos extremos de representatividade desproporcional são justamente os estados com maior e menor população do país: São Paulo e Roraima. Em 2006, o Estado de São Paulo elegeu um senador para cada 13.674.000 habitantes e um deputado federal para cada 586.000 habitantes. Neste mesmo ano, cada senador e deputado federal eleitos pelo Estado de Roraima representavam respectivamente 134.000 e 50.000 habitantes.

O desequilíbrio representativo pode decorrer da falta de revisão periódica do número de assentos no parlamento destinada a cada circunscrição eleitoral ou de regras estabelecidas propositadamente para dar maior representatividade a um certo distrito eleitoral. No primeiro caso, enquadrar-se a não revisão há mais de 20 anos do número de assentos por estado na Câmara dos Deputados. No segundo caso estão os limites máximos e mínimos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 para a representação dos estados na Câmara dos Deputados e a quantidade fixa de assentos no Senado Federal para qualquer unidade da federação.

Jairo Marconi Nicolau (1997) mediu a desproporcionalidade representativa na Câmara dos Deputados entre as legislaturas de 1872 e 1994, usando o índice  $D = \frac{1}{2} \sum |C_i - P_i|$ , formulado por Loosemore e Hanby (1971), onde  $C_i$  é a razão de cadeiras de um distrito eleitoral em relação ao total de cadeiras e  $P_i$  é a fração da população deste distrito em relação à população total e observou resultados em torno de 10,0%, variando entre 7,7% na legislatura eleita em 1966 e 12,4% na legislatura eleita em 1886.

Márcia Miranda Soares e Luiz Cláudio Lourenço (2004) , complementando os dados de Nicolau, demonstraram que, nas legislaturas de 1872 a 2002, a região Sudeste quase sempre esteve sub-representada na Câmara dos Deputados, as regiões Centro-Oeste e Norte sempre estiveram sobre-representadas e as regiões Nordeste e Sul alternaram períodos de sub- e sobre-representação.

Os Quadros II traz cálculos da proporção da população, da proporção do número de deputados e senadores e o do índice D de desproporcionalidade para as regiões. Estão destacadas em negrito as regiões sub-representados.

Quadro II – Cálculo da desproporcionalidade representativa por região.

<b>Região</b>	<b>Proporção da população</b>	<b>Proporção dos Deputados</b>	<b>Índice de desproporcionalidade (1)</b>	<b>Proporção do total de Deputados e Senadores</b>	<b>Índice de desproporcionalidade (1)</b>
Norte	8,0%	12,7%	4,6%	14,5%	6,4%
Nordeste	27,6%	29,4%	1,8%	30,0%	2,3%
Centro-Oeste	7,1%	8,0%	0,9%	8,9%	1,8%
<b>Sudeste</b>	42,6%	34,9%	<b>-7,7%</b>	32,2%	<b>-10,4%</b>
<b>Sul</b>	14,6%	15,0%	0,4%	14,5%	<b>-0,1%</b>
<b>Total</b>			<b>7,7%</b>		<b>10,5%</b>

(1) Índice de desproporcionalidade positivo para sobre-representação, negativo para sub-representação.

Na legislatura atual da Câmara dos Deputados, eleita em 2006, somente a região Sudeste está sub-representada, com 179 assentos (34,9%) representando 42,6% da população do país. A desproporcionalidade total é de 7,7%.

Quando considerado o conjunto de Deputados Federais e Senadores, ou seja, o mesmo critério aplicado na distribuição das emendas individuais ao orçamento, a desproporcionalidade total da atual legislatura, como esperado, aumenta, alcançando 10,5%. Neste critério, além da região Sudeste, a região Sul também está sub-representada.

Quando estes mesmo dados são tabulados por estados, como no Quadro III, é possível observar que a representatividade dentro de cada região é bastante heterogênea.

Quadro III – Cálculo da desproporcionalidade representativa por unidade da federação.

Unidade da federação	Proporção da população	Proporção dos Deputados	Índice de desproporcionalidade (1)	Proporção do total de Deputados e Senadores	Índice de desproporcionalidade (1)
AC	1,6%	0,4%	1,2%	1,9%	1,5%
AL	1,8%	1,6%	0,1%	2,0%	0,4%
<b>AM</b>	1,6%	1,8%	<b>-0,2%</b>	1,9%	0,1%
AP	1,6%	0,3%	1,2%	1,9%	1,5%
<b>BA</b>	7,6%	7,5%	0,1%	7,1%	<b>-0,4%</b>
<b>CE</b>	4,3%	4,4%	<b>-0,1%</b>	4,2%	<b>-0,2%</b>
DF	1,6%	1,3%	0,3%	1,9%	0,6%
ES	1,9%	1,9%	0,1%	2,2%	0,3%
GO	3,3%	3,1%	0,2%	3,4%	0,3%
MA	3,5%	3,3%	0,2%	3,5%	0,2%
<b>MG</b>	10,3%	10,4%	<b>-0,1%</b>	9,4%	<b>-1,0%</b>
MS	1,6%	1,2%	0,3%	1,9%	0,6%
MT	1,6%	1,5%	0,0%	1,9%	0,3%
<b>PA</b>	3,3%	3,8%	<b>-0,5%</b>	3,4%	<b>-0,4%</b>
PB	2,3%	1,9%	0,4%	2,5%	0,6%
PE	4,9%	4,6%	0,3%	4,7%	0,2%
PI	1,9%	1,6%	0,3%	2,2%	0,6%
PR	5,8%	5,6%	0,3%	5,6%	0,0%
<b>RJ</b>	9,0%	8,3%	0,6%	8,2%	<b>-0,1%</b>
<b>RN</b>	1,6%	1,6%	<b>-0,1%</b>	1,9%	0,2%
RO	1,6%	0,8%	0,7%	1,9%	1,0%
RR	1,6%	0,2%	1,3%	1,9%	1,6%
RS	6,0%	5,9%	0,2%	5,7%	<b>-0,1%</b>
<b>SC</b>	3,1%	3,2%	<b>-0,1%</b>	3,2%	0,0%
SE	1,6%	1,1%	0,5%	1,9%	0,8%
<b>SP</b>	13,6%	22,0%	<b>-8,3%</b>	12,3%	<b>-9,7%</b>
TO	1,6%	0,7%	0,8%	1,9%	1,1%
<b>Total</b>			<b>9,1%</b>		<b>12,0%</b>

(1) Índice de desproporcionalidade positivo para sobre-representação, negativo para sub-representação.

Conforme seria esperado, os 5 estados com maior desproporcionalidade positiva estão na região Norte e o estado menos representado no Congresso é aquele de maior população, São Paulo.

Ressalta-se, no entanto, que há estados em todas as regiões, a exceção da região Centro-Oeste, sub-representados na Câmara dos Deputados e no conjunto de Deputados Federais e Senadores, contrariando o senso comum de que todos os estados da regiões Norte e Nordeste estariam sobre-representados. Isto explica ainda porque o índice de desproporcionalidade total é maior quando calculado por estados do que quando calculado por regiões.

Uma justificativa para a desproporcionalidade representativa do Congresso Nacional é de que sendo as regiões sobre-representadas menos desenvolvidas, o desequilíbrio representativo serve de instrumento para redução das desigualdades regionais. Isto é, em parte, verdadeiro, embora existam distorções como o Estado do Ceará, que tem apenas o 20º IDH do país e está sub-representado no Congresso, e o Distrito Federal, detentor do melhor IDH e que está sobre-representado.

O desequilíbrio representativo pode ter como função a valorização de minorias, como fator de estabilidade política em sociedades que apresentam segregações relevantes.

Soares e Lourenço (2004) citam uma possível implicação do desequilíbrio representativo:

“Uma visão difundida sobre as conseqüências da desproporcionalidade na representação dos estados sustenta que as forças mais retrógradas do país estariam sendo beneficiadas em detrimento dos interesses mais modernos. A sobre-representação do Norte, do Nordeste e do Centro-Oeste corresponderia à sobre-representação das forças políticas mais conservadoras, clientelísticas e retrógradas do país, em prejuízo das forças políticas mais avançadas situadas no Sudeste e no Sul.”

Todavia, demonstram que essa visão é simplista e preconceituosa:

“Essa postura para ser verdadeira teria que demonstrar, pelo menos, três coisas: a) que há dois "perfis" de representação na Câmara



dos Deputados, um correspondendo ao Norte, ao Nordeste e ao Centro-Oeste e outro correspondendo ao Sudeste e ao Sul; b) que esses "perfis" derivam de características sociais, econômicas e/ou políticas dessas regiões e correspondem a posições e comportamentos distintos (inclusive nas votações) na Câmara dos Deputados; e, por fim c) que essas posições podem ser classificadas em "avançadas" e "retrógradas".

Ainda que todos esses pontos fossem demonstrados, e considerando a remota hipótese de os vinte estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste atuarem em uníssono, a força política na Câmara estaria praticamente equilibrada entre os dois "grupos": Norte, Nordeste e Centro-Oeste detém 257 deputados (50%) e Sudeste e Sul 256 deputados (50%).”

Especialmente no tocante ao estado de São Paulo, que responde por 31% do PIB brasileiro, o desequilíbrio representativo atenua a concentração de poder econômico e político em um mesmo estado.

Enquanto a desproporcionalidade entre a população (ou eleitorado) de um distrito eleitoral e seu número de representantes no parlamento, violando o princípio democrático “um homem, um voto”, chega a ser considerada uma patologia dos sistemas representativos das democracias contemporâneas (TAAGEPERA, Rein e SHUGART, Matthew (1989) In NICOLAU), Soares e Lourenço (2004) consideram defensável algum grau de desproporcionalidade em termos de população dos estados e cadeiras parlamentares, inclusive como mecanismo para evitar a tirania da maioria. Ressaltam, no entanto, que o modelo de representação do Congresso Nacional incentiva a criação de novas unidades da federação.

O desequilíbrio representativo manifesta-se no processo orçamentário na forma das emendas individuais e de bancadas estaduais, cujos valores são determinados pelo número de parlamentares de cada unidade da federação e não pela população representada. Assim, a população dos estados sobre-representados seria favorecida com maior proporção de recursos federais.

Neste capítulo mostramos que, ao custo da sub-representação da região Sudeste na Câmara dos Deputados, todas as demais regiões estão sobre-representadas. Isto não se aplica, porém, se os estados que compõem as regiões forem analisados separadamente. Esta desproporcionalidade favorece, em geral, os estados menos desenvolvidos e evita que o poder econômico e político fique concentrado nos mesmos estados.

O próximo capítulo descreverá o processo orçamentário federal e relacionará o desequilíbrio representativo com o poder dos parlamentares em emendar a proposta de lei orçamentária anual.

## II - PROCESSO ORÇAMENTÁRIO FEDERAL

Neste capítulo descreveremos o sistema orçamentário federal, comentando cada peça orçamentária prevista pela CF/88. Da fase de apreciação da LOA, daremos destaque às emendas parlamentares, que expressam o já citado desequilíbrio representativo no Congresso. Analisaremos o objeto destas emendas e sua execução.

James Giacomoni (2002) diferencia o sistema orçamentário do processo orçamentário. Segundo o autor, o sistema orçamentário é uma estrutura integrada de planos e programas que conduzem a elaboração do documento orçamentário, este também parte do sistema. Já o processo é a forma de funcionamento dessa estrutura, um fenômeno dinâmico e cíclico.

Após o término do regime militar, caracterizado no âmbito orçamentário pela centralização das funções no Poder Executivo, a Assembléia Constituinte de 1986, como é característico nos regimes democráticos e dos governos desconcentrados, destinou ao Poder Legislativo um papel preponderante no orçamento público.

Dentre outras inovações, a CF/88 organizou o sistema orçamentário em três peças legais: o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA. A Constituição previu a abertura dos créditos adicionais, que são uma forma de revisão da Lei Orçamentária Anual.

A lei que instituir o PPA ordenará as diretrizes, objetivos e metas do governo durante o quadriênio que se inicia no segundo ano do mandato presidencial e se encerra no primeiro ano do mandato subsequente. O PPA orienta a elaboração, além do próprio orçamento anual, dos demais planos e programas de governo. Nele, estão definidos o objetivo e o público alvo de cada programa, bem como os produtos físicos esperados de cada ação. Sendo uma peça de planejamento de longo prazo, no qual devem estar previstos todos os investimentos cuja execução ultrapasse um exercício financeiro, são propostas revisões anuais para atualizar as metas e incluir os novos investimentos.

A LDO é uma lei promulgada anualmente que, ao estabelecer metas e prioridades, orienta a elaboração da proposta orçamentária. É um importante instrumento com o qual o Congresso Nacional define as grandes linhas que darão forma à Lei Orçamentária. Em

decorrência do ajuste fiscal iniciado em 1999 e da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), a LDO passou a agregar o Anexo de Metas Fiscais e o Anexo de Riscos Fiscais.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é uma lei formal, com validade para cada exercício fiscal, que materializa as ações e programas a serem executados por meio de projetos, atividades e operações especiais. A LOA contém três orçamentos: o orçamento fiscal, o orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das empresas estatais. Os dois primeiros estimam todas as receitas que são esperadas para serem arrecadadas bem como autorizam todas as despesas dos Poderes da União, seus fundos, autarquias e fundações. O orçamento de investimentos das empresas estatais, por sua vez, contém a previsão de investimentos das entidades em que a União detenha a maioria do capital social com direito a voto.

Por fim, os créditos adicionais são instrumentos à disposição do governo para alterar o orçamento durante sua vigência, com vistas a adequá-lo às necessidades presentes da Administração que não foram computadas ou insuficientemente dotadas na Lei Orçamentária.

As normas que estabelecem a classificação do orçamento federal visam atender ao princípio da especificação, de acordo com o qual as receitas e despesas devem ser discriminadas de modo que se possa saber, antecipada e pormenorizadamente, a origem dos recursos e sua aplicação. Ademais, sendo o orçamento essencialmente uma demonstração contábil, é necessário dotá-lo de um plano de contas que possibilite aplicar as ferramentas de análise e síntese contábeis.

Para delimitar o escopo da análise deste trabalho, utilizaremos alguns critérios de classificação das despesas orçamentárias: a função e o grupo de natureza de despesa - GND. Conforme a classificação por funções, fixadas no Anexo nº 05 da Lei nº 4.320/64, é possível distinguir no orçamento as despesas com serviços de saúde dos demais serviços prestados pelo governo, tais como educação, defesa nacional, justiça e previdência social. A classificação por GND permite segregar as despesas em grandes grupos de relevância macro-econômica, definidos pela Portaria Interministerial nº 163/2001, tais como despesas com pessoal e encargos sociais, investimentos e outras despesas correntes.

A iniciativa de todas as leis orçamentárias é de competência do Poder Executivo. A proposta da Lei Orçamentária Anual é elaborada no âmbito do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal, segundo as instruções Manual Técnico do Orçamento. A Secretaria de Orçamento Federal – SOF consolida as estimativas de receita e as propostas das despesas enviadas pelos Órgãos Setoriais, assim chamadas as unidades de orçamento da administração federal, e compatibiliza a Proposta de Lei Orçamentária Anual – PLOA à Constituição e às demais leis (LRF, PPA e LDO). Por fim, o Presidente da República envia a PLOA ao Congresso Nacional sob a forma de uma mensagem presidencial.

A Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização – CMO, prevista na CF/88, art. 166, §1º e regulamentada pela Resolução nº1/2006-CN, examina e emite parecer sobre todas as leis orçamentárias. Ela é composta por 30 deputados e 10 senadores. Para apreciação da PLOA, são designados um Relator-Geral, um Relator de Receitas e 10 relatores setoriais para as 10 áreas temáticas definidas.

Durante a apreciação do orçamento no congresso, a CMO produz os seguintes pareceres: o parecer da receita, o parecer preliminar, os pareceres setoriais e o parecer final. Cada parecer é discutido e votado no âmbito da CMO. O parecer da receita, que deve ser votado previamente ao relatório preliminar, contém a análise da estimativa da receita e das respectivas emendas. O parecer preliminar, proposto pelo Relator-Geral, contém, além de análises financeiras e econômicas, os recursos passíveis de utilização pelas relatorias setoriais e para o atendimento de emendas individuais. Nos pareceres setoriais, os relatores setoriais se pronunciam sobre a proposta orçamentária dos órgãos que constituem a área temática e das emendas relacionadas a esta área. O parecer final, sob responsabilidade do Relator-Geral, consolida os pareceres setoriais e os ajustes acordados com as bancadas e é encaminhado ao Plenário do Congresso Nacional na forma de um substitutivo à Proposta de Lei Orçamentária.

A participação dos demais parlamentares na apreciação da LOA se dá pelas submissão de emendas individuais e coletivas. As emendas coletivas podem ser de bancada estadual ou de comissões permanentes. As emendas das bancadas regionais, extintas pela Resolução nº01/2006-CN mas ainda vigentes no período analisado neste trabalho, e as emendas de comissão não serão avaliadas, pois os dados usados nas correlações desenvolvidas no capítulo 5 estão tabulados por estados.

Para que seja atendido o princípio do equilíbrio orçamentário, todas as emendas que majorem despesas devem apresentar uma fonte de receita da mesma magnitude. Embora esteja previsto na Constituição que o proponente da emenda aponte a fonte, dada a dificuldade operacional, esta tarefa tem ficado a cargo dos relatores, que lançam mão de um “banco de fontes”, nas palavras de Giacomoni (2002), para atender às emendas. Este “banco de fontes” é formado pelo cancelamento parcial de dotações e pela revisão da estimativa de receitas.

Inicialmente não havia limite para a apresentação de emendas individuais, tanto de quantidade como de valor proposto. O atendimento das emendas dependia do poder político do proponente. Em 1993 foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito que apurou a existência de desvio de subvenções sociais alocadas no orçamento pelos membros da Comissão Mista. Como efeito desta CPI, a Resolução/CN nº 02/1995 limitou a quantidade de emendas individuais à LOA em 20 por parlamentar. Para a LOA de 1997 foi estabelecido um limite R\$ 1.500.000,00 para o atendimento das emendas de cada parlamentar. Contudo, no orçamento seguinte, o limite para o valor proposto foi igualado ao limite de atendimento, criando o arranjo em que todas as emendas individuais são atendidas em seu valor integral no parecer final.

Os limites para as emendas individuais têm crescido consideravelmente desde 2000, como mostra o Quadro IV:

Quadro IV – Limites para as emendas individuais

<b>Exercícios</b>	<b>Quantidade de emendas</b>	<b>Valor total proposto / atendido</b>
1997 a 2000	20	R\$ 1.500.000,00
2001 a 2003	20	R\$ 2.000.000,00
2004	20	R\$ 2.500.000,00
2005	20	R\$ 3.500.000,00
2006	20	R\$ 5.000.000,00
2007	20	R\$ 6.000.000,00

Fonte: Consultoria de Orçamento/Câmara dos Deputados

Os pareceres preliminares dos anos de 2004, 2006 e 2007 estabeleceram que um mínimo de 30% do valor global deve ser destinado para ações e serviços públicos de saúde, constantes da programação de trabalho do órgão Ministério da Saúde.

As bancadas estaduais podem apresentar de 18 a 23 emendas, conforme o número de integrantes. Estas emendas não têm limite de valor, porém não contam com a garantia de aprovação dada às emendas individuais. A apreciação preliminar das emendas de bancada cabe aos relatores setoriais, que procuram atendê-las dentro das limitações de seus “bancos de fontes”. O relator-geral, após reuniões com as bancadas, ajusta os valores atendidos pelos relatores setoriais, complementado-os, se necessário, com recursos de seu próprio “banco de fontes”.

Não havendo limite pré-estabelecido para atendimento das emendas de bancadas estaduais, os relatores setoriais utilizam critérios diversos para atendê-las. Para a PLOA 2007, o relator setorial da área temática da Saúde empregou um critério misto de população, expectativa de vida e proporção das emendas da bancada destinada à área da saúde para distribuir os recursos de seu “banco de fontes”. Este critério sucedeu o anterior que baseava-se tão somente no inverso do IDH de cada estado.

Também como efeito de as emendas das bancadas estaduais não terem limite para o valor, estas bancadas passaram a submeter emendas que tinham seus recursos pulverizados conforme a discricionariedade dos proponentes, transformando uma emenda coletiva num coletivo de emendas. Essas emendas ficaram conhecidas por “rachadinhas”. O jornal O Estado de São Paulo, em 29/05/2007, comentou o fim das “rachadinhas”:

“A ‘rachadinha’ foi uma deformação criada pelos parlamentares, depois da CPI dos Anões do Orçamento, de 1992. Era vista como forma de burlar a limitação de valor imposta às emendas individuais e a determinação de que as emendas coletivas seriam voltadas para projetos estruturantes. Como as emendas individuais passaram a ter limite de valor, os parlamentares começaram a fazer acordos informais para aprovar emendas de interesse pessoal como se fossem do Estado.

Para evitar a prática, a resolução do final de 2006 estabelece que emenda de bancada não pode destinar recursos “para mais de um ente federativo ou entidade privada”. Isso entrará em vigor na aprovação do Orçamento de 2008.”

Rubens Foizer Filho (2002) observou que a pressão exercida por prefeitos quando da elaboração das emendas individuais é forte e os deputados geralmente atendem a esses pleitos, inclusive orientando os municípios beneficiados sobre as formalidades para apresentação dos projetos físicos. Todavia, pequena parte das emendas foram elaboradas a partir de projetos físicos prévios, de conhecimento do parlamentar.

O Gráfico I mostra o valor das emendas individuais por função no período de 2002 a 2007.

Gráfico I – Valor das emendas individuais por função no período 2002 a 2007.



Fonte: Siga Brasil/Senado Federal

O valor das emendas parlamentares individuais somou R\$ 13,8 bilhões entre 2002 e 2007, sendo que R\$ 4,8 bilhões, 34% do total, foram para a Função Saúde, excedendo o limite mínimo de 30% previsto a partir de 2004 e indicando que o direito à saúde é priorizado pelos parlamentares frente aos demais direitos sociais definidos pela CF/88.

O caráter autorizativo da Lei Orçamentária faz parte do sistema de freios e contrapesos entre os poderes na matéria orçamentária. A iniciativa da LOA é do Poder Executivo, contudo deve se conformar a leis prévias produzidas pelo Legislativo (PPA, LDO, LRF). O Poder Legislativo pode reformar a proposta de LOA, porém ainda resta ao Executivo a



discricionabilidade para realizar ou não as despesas autorizadas. Desta forma, ainda que o Legislativo tenha papel preponderante no processo orçamentário, sua ação não é terminativa.

A maior parte das despesas previstas no orçamento, entretanto, são consideradas despesas obrigatórias pois estão previstas em leis materiais. Encontram-se nesta categoria o pagamento de pessoal, os benefícios previdenciários, a aplicação mínima de recursos de algumas fontes em determinada área de atuação, entre outras despesas.

As despesas que são objeto das emendas parlamentares individuais e de bancada não são despesas obrigatórias, pois se fossem, já deveriam estar contempladas na PLOA. Assim, reunindo o aspecto formal da LOA com a natureza não obrigatória das despesas previstas nas emendas parlamentares, não resta disposição legal que sujeite o executivo a levar a cabo as emendas parlamentares.

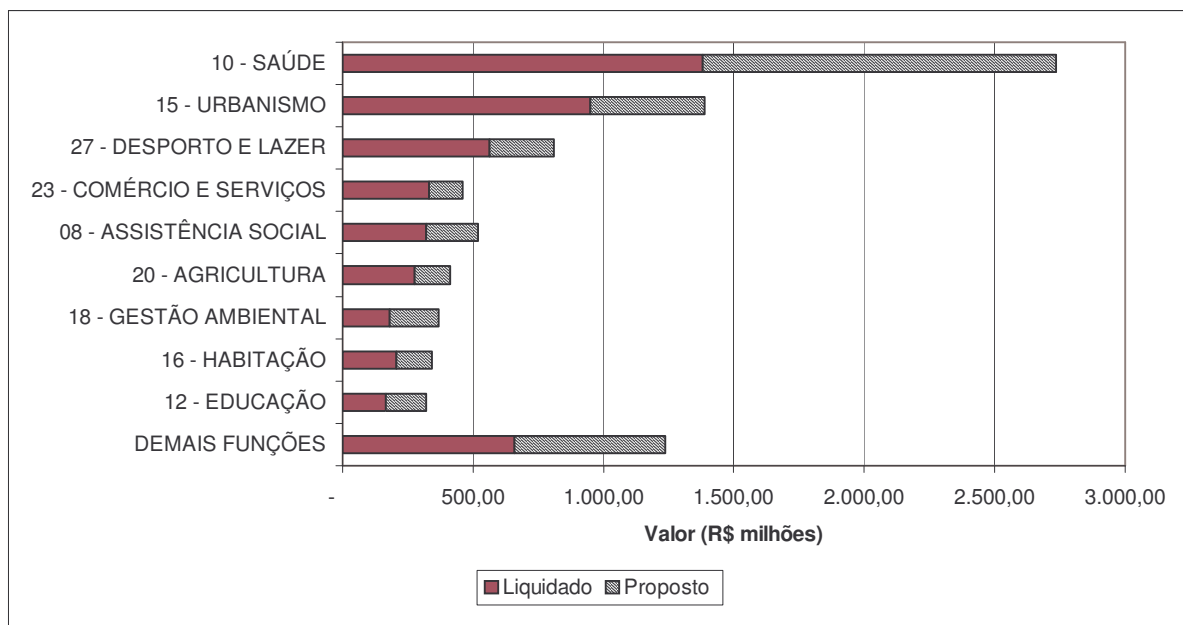
Como o superávit financeiro, obtido pela não execução plena do orçamento, pode ser fonte de recursos para abertura de créditos adicionais no exercício subsequente, o governo é estimulado a não executar as emendas parlamentares, que foram de iniciativa do Congresso, para aumentar o valor dos créditos adicionais, que são de iniciativa própria.

Para medir a execução das emendas parlamentares, deve-se selecionar somente dotações que são emendas puras, isto é, aquelas que não estavam previstas na PLOA, nem foram objeto de créditos adicionais. Somente assim o valor executado para uma dotação pode ser comparado com o valor proposto na emenda.

A execução da despesa pode ser medida em qualquer dos três estágios que a compõem. Uma vez que o empenho pode estar pendente de implemento de condição, ou seja, não realizado, e o pagamento de um serviço ou produto liquidado pode também estar pendente, a liquidação é estágio cujo valor melhor se relaciona com o produto ou serviço contratado pela despesa.

O Gráfico II mostra a execução das emendas parlamentares por função no período de 2002 a 2006.

Gráfico II – Execução das emendas individuais por função no período 2002 a 2006.

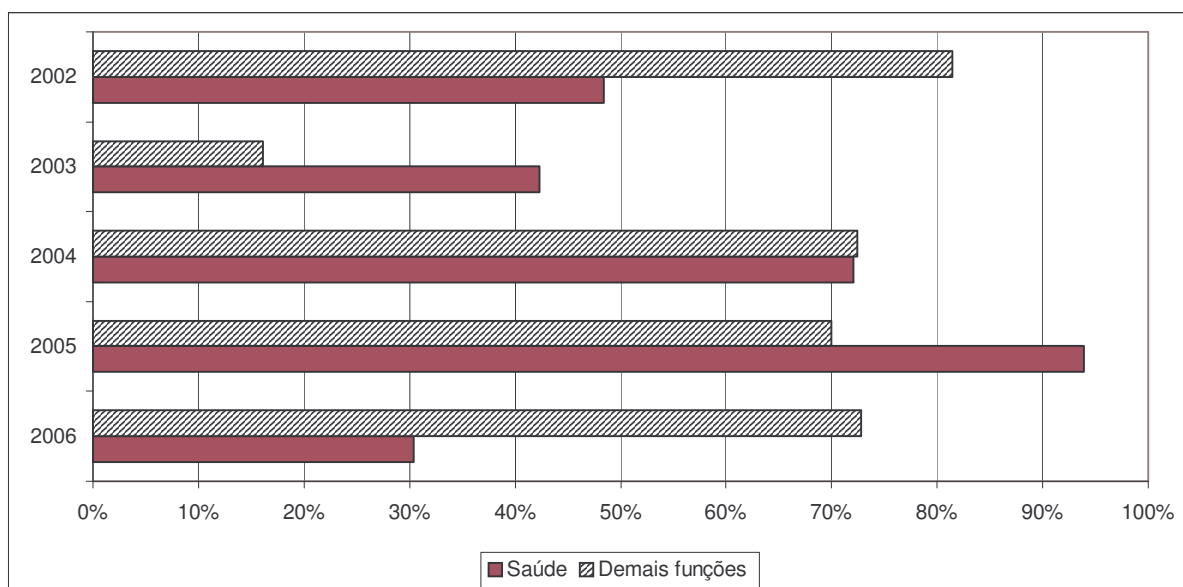


Fonte: Siga Brasil/Senado Federal

O governo federal executou R\$ 1,4 bilhão de emendas parlamentares individuais da Função Saúde nos anos de 2002 a 2006. O percentual de execução da Função Saúde, 51%, foi inferior à média de todas as funções, 59%.

O gráfico III compara a execução das emendas individuais da Função Saúde com execução das emendas das demais funções a cada ano do período 2002 a 2006.

Gráfico III – Execução das emendas individuais por função no período 2002 a 2006.

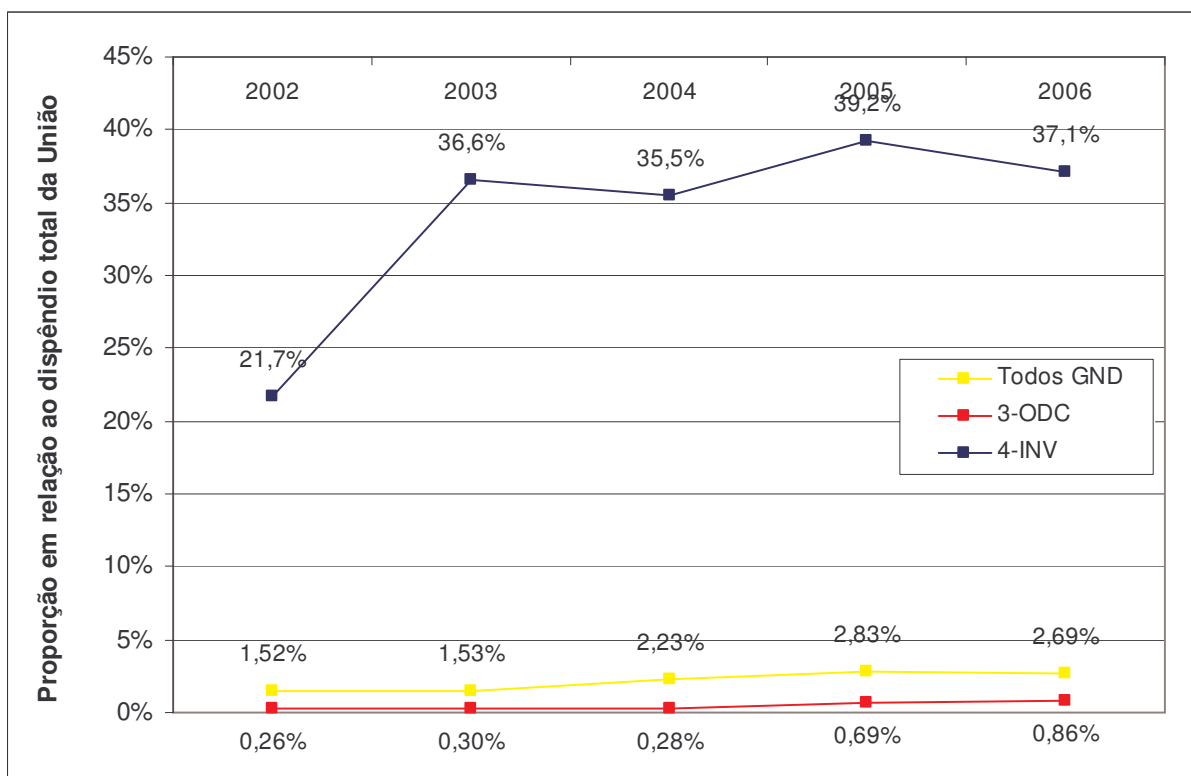


Fonte: Siga Brasil/Senado Federal

Observa-se que, em 2003 e 2005, o indicador da execução das despesas com Saúde excedeu o das demais funções em conjunto. Já em 2002, 2004 e 2006, coincidentemente, anos eleitorais, o indicador da execução das despesas com a Função Saúde foi inferior ao das demais funções em conjunto. Dentre outras explicações, isso nos leva a crer que as despesas com saúde são preteridas às demais do ponto de vista do eleitor. As maiores dificuldades de repasse em anos eleitorais também podem explicar parte da relação observada.

O gráfico IV traz os valores executados das emendas parlamentares individuais e de bancadas estaduais em relação ao dispêndio total da União na Função Saúde por grupo de natureza de despesa – GND.

Gráfico IV – Execução das emendas individuais por função no período 2002 a 2006.



Fonte: Siga Brasil/Senado Federal

Este gráfico mostra que, desde 2003, as emendas parlamentares individuais e de bancadas estaduais foram responsáveis por 35% a 40% do total dos investimentos federais em saúde, demonstrando a relevância destas emendas no tocante a investimentos.

Como a participação do orçamento federal corresponde a 27% de todos os gastos com saúde no país, considerando todos dos dispêndios públicos e privados, as emendas parlamentares individuais equivalem a cerca de 1% do gasto nacional com saúde.

A discricionarietà que o Governo dispõe para executar as emendas individuais se manifesta com caráter partidário e pessoal. Geralda Alves Damião (2004) e Fernando Limongi e Argelina Figueiredo (2005) demonstraram que as emendas da base de apoio ao governo são executadas em maior proporção do que as da oposição. Este comportamento afronta vários preceitos constitucionais, tais como a igualdade, a impessoalidade, a moralidade e o pluralismo político.

O Quadro V traz os valores limites das emendas individuais, os valores das emendas da Função Saúde na LOA e os valores liquidados da Função Saúde, para os anos 2002 a 2006.

Quadro V - Execução das emendas individuais da Função Saúde nos anos 2002 a 2006.

UF	Limite das emendas individuais por UF	Total LOA	Total liquidado	Execução	Executado em
					relação ao limite da UF
AC	R\$190.893.711,76	31.923.088,95	20.487.688,92	64,2%	10,7%
AL	R\$208.247.685,56	48.717.820,49	28.375.275,01	58,2%	13,6%
AM	R\$190.893.711,76	42.090.488,91	19.984.175,31	47,5%	10,5%
AP	R\$190.893.711,76	49.024.672,04	30.719.085,56	62,7%	16,1%
BA	R\$728.866.899,46	171.437.082,74	107.968.398,76	63,0%	14,8%
CE	R\$433.849.344,92	70.287.866,70	48.625.623,90	69,2%	11,2%
DF	R\$190.893.711,76	11.784.920,60	5.792.095,87	49,1%	3,0%
ES	R\$225.601.659,36	55.426.380,61	33.557.987,68	60,5%	14,9%
GO	R\$347.079.475,93	89.388.680,98	55.136.993,19	61,7%	15,9%
MA	R\$364.433.449,73	43.314.718,56	27.198.365,34	62,8%	7,5%
MG	R\$971.822.532,62	231.618.548,58	150.636.771,88	65,0%	15,5%
MS	R\$190.893.711,76	26.679.690,50	15.898.157,54	59,6%	8,3%
MT	R\$190.893.711,76	35.229.991,96	19.730.227,52	56,0%	10,3%
PA	R\$347.079.475,93	104.247.096,55	58.192.792,28	55,8%	16,8%
PB	R\$260.309.606,95	44.410.403,84	23.429.664,80	52,8%	9,0%
PE	R\$485.911.266,31	156.218.941,90	95.286.416,37	61,0%	19,6%
PI	R\$225.601.659,36	30.889.810,17	12.581.708,45	40,7%	5,6%
PR	R\$572.681.135,29	157.476.739,10	89.417.618,72	56,8%	15,6%
RJ	R\$850.344.716,04	351.905.435,97	181.928.895,20	51,7%	21,4%
RN	R\$190.893.711,76	52.619.541,10	30.993.591,22	58,9%	16,2%
RO	R\$190.893.711,76	27.859.613,11	18.976.836,21	68,1%	9,9%
RR	R\$190.893.711,76	18.612.675,79	8.446.343,04	45,4%	4,4%
RS	R\$590.035.109,09	146.419.826,56	73.816.060,02	50,4%	12,5%
SC	R\$329.725.502,14	69.408.737,13	39.831.518,28	57,4%	12,1%
SE	R\$190.893.711,76	55.819.182,25	30.537.648,18	54,7%	16,0%
SP	R\$1.266.840.087,16	505.654.365,36	282.720.121,09	55,9%	22,3%
TO	R\$190.893.711,76	26.167.941,36	12.407.856,52	47,4%	6,5%

Fonte: Siga Brasil/Senado Federal

Com base nos dados do Quadro V, observa-se que a execução das emendas para Função Saúde por UF variou entre 40% e 69%, demonstrando que a discricionariedade com que o governo federal executa as emendas individuais também impacta na distribuição dos recursos entre os estados.

Neste capítulo relatamos os principais pontos do processo orçamentário federal, destacando as emendas parlamentares à PLOA. Analisamos os limites de quantidade e de valor das emendas individuais e de bancadas estaduais. Mostramos que as emendas destinadas à área de saúde representam 34% do valor proposto pelas emendas individuais, porém sua taxa de execução, 51%, é inferior à média. De todos os investimentos federais em saúde no período de 2002 a 2006, 34% foram previstos por emendas parlamentares individuais ou de bancadas estaduais.

No capítulo seguinte, descreveremos a evolução histórica do sistema de saúde brasileiro e discutiremos sua atual situação. Relataremos as formas de financiamento, a distribuição dos recursos e as propostas para melhor aplicação dos recursos.

### III – SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Este capítulo buscará dar fundamento, baseado na construção histórica do sistema de saúde brasileiro, à má situação da saúde no país. Discutiremos se há uma crise na saúde ou as más condições de saúde são perenes. Apresentaremos as formas de financiamento e as vinculações legais de aplicação de recursos na saúde. Analisaremos a distribuição destes recursos e proposições para melhorar sua aplicação.

Dada a insistência com que o assunto é tratado na imprensa e no Congresso, pode-se admitir que a saúde brasileira encontra-se em crise. Somente na Sessão Legislativa de 2007, até o mês de junho, a expressão “crise na saúde” foi empregada em nada menos do que 20 pronunciamentos no Plenário do Senado Federal.

Marcus Vinicius Polignano (1999) apontou uma lista de sintomas da crise no sistema de saúde, como filas nos serviços de saúde, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos nos serviços públicos de saúde, aumento da incidência de doenças infecto-contagiosas, baixos valores pagos pelo SUS aos conveniados e abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Polignano (1999) acrescenta as premissas que teriam levado a esta crise:

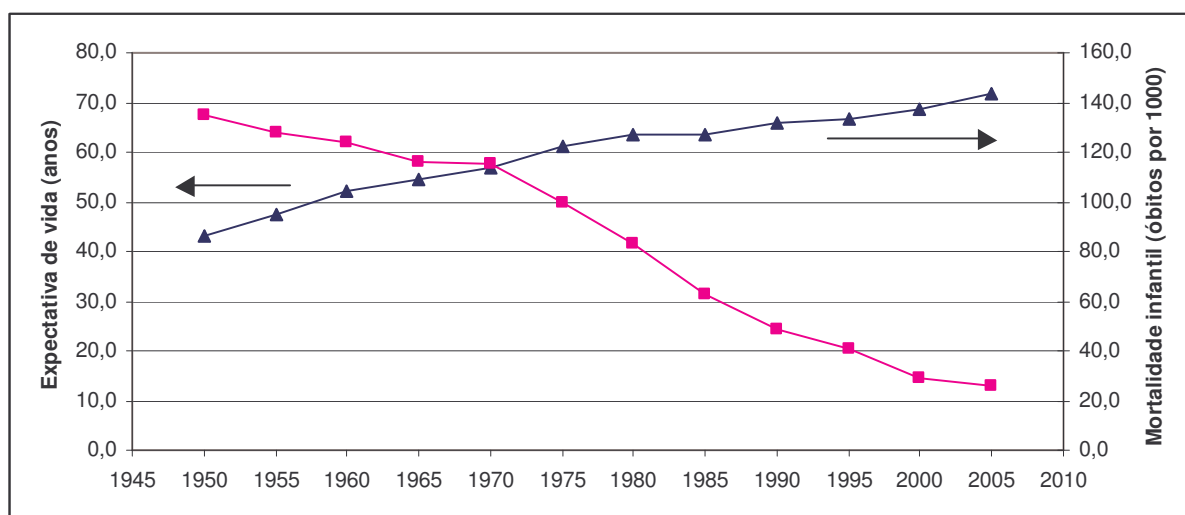
- “ 1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo em nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.”

O país é mal classificado internacionalmente quando trata-se de condições de saúde. A Organização Mundial da Saúde – OMS classifica o Brasil na 111ª posição em mortalidade infantil e na 83ª posição em expectativa de vida, embora o país tenha a 61ª maior renda per

capita. Estes dados são agravados ainda pelo fato de o Brasil ser o 38º país com maiores gastos per capita com saúde.

Entretanto, a evolução dos principais indicadores leva a entender que a expressão crise na saúde não retrata a situação atual, pois, conforme atestam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a expectativa de vida e mortalidade infantil encontram-se em patamares nunca antes alcançados, como mostrado no Gráfico V. Assim, se a situação atual dos sistema de saúde brasileiro é insatisfatória, trata-se de um problema crônico e não de uma crise.

Gráfico V – Evolução dos principais indicadores de saúde no período 1950-2005.



Fonte: IBGE

Os primórdios da atuação governamental na saúde remontam à criação do exército fixo, durante o Segundo Reinado, quando foram instalados os primeiros hospitais militares. A extensão dos serviços de saúde para a população civil só ocorreu no início do século XX e não foi motivada pela demanda popular. De fato, o governo foi compelido a agir em decorrência de necessidades comerciais. Nesta época, as grandes cidades brasileiras padeciam de epidemias de febre amarela, varíola, malária e peste bubônica. Como estas cidades, entre elas o Rio de Janeiro, então capital federal, eram também importantes portos de comércio internacional e os navios estrangeiros evitavam atracar em cidades com condições sanitárias adversas, melhorar as condições sanitárias das grandes cidades brasileiras era uma questão de sobrevivência comercial e não de bem estar social.



Assim, instituiu-se o modelo campanhista de ação sanitária. De origem militar, este modelo operava ações concentradas para reduzir a incidência de patologias específicas, tais como aquelas supra-citadas. De início mal recebido pela população, pois usava de força e autoridade governamentais na aplicação das medidas sanitárias, este modelo acabou por provar-se eficaz e foi estendido para além dos corredores de exportação.

A extensão da ação governamental para além das medidas sanitárias aconteceu com a criação das Caixas e, posteriormente, Institutos de Aposentadoria e Pensões, CAPs e IAPs. Estes organismos, cuja finalidade principal era previdenciária, mantinham serviços médicos e hospitalares para seus associados e beneficiários. Como seu financiamento era tripartite, trabalhadores, empregadores e governo, pode-se considerar que constituíam um sistema público de saúde. Portanto, os serviços de saúde pública eram urbanos e vinculados a categorias trabalhistas, ainda que complementados pelas campanhas sanitárias.

Os serviços médicos das Caixas e Institutos foram consolidados em 1949 no Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU, o qual foi sucedido pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, surgido da unificação dos IAPs em 1967, e pelo Instituto Nacional de Atendimento Médico da Previdência Social – INAMPS, em 1978. Este modelo urbano e trabalhista foi acrescentado com serviços de saúde para os trabalhadores rurais e para os índios mas o sistema público de saúde não era universalista.

Um sistema de saúde pública universalista somente surgiu com a Constituição Federal de 1988. Atendendo o artigo 196, que define que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, a Lei nº 8.080/90 materializou a universalização dos serviços públicos de saúde com a criação do Serviço Único de Saúde – SUS.

Integram o SUS todos os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios e hemocentros públicos, fundações e institutos de pesquisa, fábricas de medicamentos e ainda as instituições privadas que operam em convênio.

A universalização dos serviços agravou o problema do financiamento da saúde pública, pois milhões de cidadãos que não eram contribuintes da previdência ganharam acesso

ao sistema. Por outro lado, o financiamento, que era quase integralmente federal, com recursos das contribuições previdenciárias, passou a ser compartilhado com as outras esferas de governo. Durante a década de 1990, a escassez de recursos motivou até mesmo a criação de tributos provisórios para o financiamento da saúde pública, o IPMF e a CPMF, que perdura até hoje.

Procurando garantir recursos para o SUS, o Congresso promulgou a Emenda Constitucional nº29/2000, que estabeleceu valores mínimos de recursos para serem aplicados em “ações e serviços públicos de saúde”. Como aquela Emenda carece de regulamentação, valem ainda os critérios provisórios constantes do art. nº 77 do ADCT.

O critério agora vigente para a União é de que os recursos mínimos a serem aplicados em saúde devem ser os do exercício anterior acrescidos do percentual de variação nominal do PIB. Os Estados e Municípios devem aplicar, respectivamente, 12% e 15% da arrecadação própria de impostos e das transferências constitucionais recebidas, descontadas as transferências em favor de outras esferas.

Sidney Bittencourt (2007) aponta que, de 2001 a 2006, o governo federal somente cumpriu o limite mínimo estabelecido pela EC nº29/2000 no exercício de 2004. O somatório da diferença entre os valores mínimos e os valores gastos resultam em R\$2,7 bilhões que deixaram de ser aplicados em serviços de saúde.

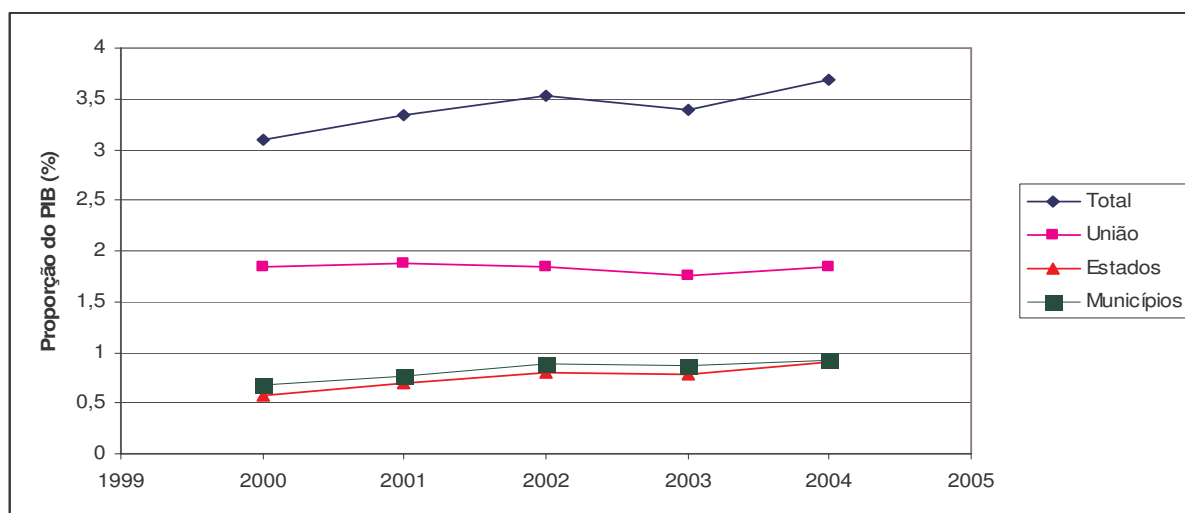
Ademais, há controvérsia sobre quais são as “ações e serviços públicos de saúde” cujas despesas contribuem para o atendimento do limite mínimo. A inclusão do programa Bolsa-Família, do saneamento básico em municípios com mais de 30 mil habitantes, do programa Farmácia Popular e do custeio da fiscalização da saúde suplementar no cômputo das despesas para atendimento do limite constitucional é questionável.

Os dispêndios na área de saúde custeados pelo Estado somaram 3,7% do PIB em 2004 e correspondem, segundo a OMS, a 54% do total das despesas com saúde. O governo federal participou com 50% do gasto estatal em 2004.

O Gráfico VI mostra a evolução das despesas com saúde após a EC nº29/2000 como proporção do PIB. As despesas da União mantiveram-se constantes entre 2000 e 2004 como

proporção do PIB, enquanto as despesas estaduais e municipais aumentaram de 1,25% do PIB para 1,85% do PIB. O aumento dos gastos públicos foi sustentado pelas esferas estaduais e municipais porque a EC n°29/2000 previa que os limites para os Estados e os Municípios aumentassem gradualmente até 2004, quando deveriam atingir 12 e 15%, respectivamente.

Gráfico VI – Despesas Públicas com Saúde como proporção do PIB.



Fonte: DataSUS

Como os estados e municípios menos desenvolvidos arrecadam menos, a equalização da distribuição dos recursos no país deve ser feita pelos repasses do governo federal. A Lei n°8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde, estabeleceu critérios para a distribuição dos recursos a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, tais como perfis demográfico e epidemiológico, características da rede de saúde da área e desempenho técnico, econômico e financeiro do ente. Todavia, por falta de regulamentação, a distribuição de recursos deve seguir o critério populacional, na forma da Lei n°8.142/90.

O quadro VI mostra despesa *per capita* dos sistemas de saúde (INAMPS e SUS) de cada região como percentual da despesa *per capita* média nacional.

Quadro VI – Despesa per capita nos sistemas de saúde em comparação com a média nacional.

<b>Região/Ano</b>	<b>INAMPS</b>	<b>SUS</b>	<b>SUS</b>
	<b>1986</b>	<b>1994</b>	<b>2001</b>
Norte	39,3%	64,75%	84,44%
Nordeste	62,8%	80,48%	96,30%
Centro-Oeste	74,0%	98,65%	99,41%
Sudeste	135,4%	115,46%	103,60%
Sul	100,1%	110,06%	104,96%

Fonte: Souza (2002).

Observa-se que em 1986, quando os serviços de saúde ainda eram prestados somente aos beneficiários da Previdência Social, cada habitante da Região Sudeste consumia três vezes mais recursos do INAMPS do que um habitante da Região Norte. Este desequilíbrio foi incrivelmente reduzido com a implantação do SUS e continuou sendo reduzido até 2001, embora ainda não tenha sido eliminado. Portanto, nem mesmo o critério populacional previsto na Lei nº8.142/90 está sendo cumprido.

Neste capítulo mostramos que a saúde no Brasil é mal equiparada a dos demais países mas o emprego da expressão “crise” não é adequada pois as más condições são históricas. Relatamos a evolução do sistema público de saúde, do modelo campanhista até a universalização proporcionada pela CF/88. Discutimos a repartição do financiamento da saúde pública entre as três esferas de governo e mostramos que o gasto per capita, apesar de uma boa evolução, ainda não foi totalmente equilibrado entre as regiões.

A seguir, descreveremos os indicadores sociais, suas propriedades desejáveis e relacionaremos os principais indicadores da área de saúde. Analisaremos a utilização dos indicadores sociais como medida de avaliação das políticas públicas. Discutiremos quais indicadores são mais apropriados para estabelecer correlações com os recursos das emendas parlamentares ao orçamento.

#### IV – INDICADORES SOCIAIS E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo definirá o que é um indicador social, quais suas aplicações e quais são as propriedades que um indicador social deve ter. Discutiremos a aplicação dos indicadores na avaliação de políticas públicas. Relacionaremos os principais indicadores da área de saúde e selecionaremos indicadores representativos para correlacioná-los no capítulo 5 com os recursos do orçamento federal.

Um indicador social, nas palavras de Paulo de Martino Jannuzzi (2004), é:

“uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisas científicas) ou programático (para formulação de políticas). É um recursos metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.”

Pode-se, ainda, definir um indicador social como a medida de uma característica de relevância social dos integrantes de uma região geográfica ou estrato social, abrangendo informações sobre saúde, educação, cultura, trabalho e rendimento, domicílios e famílias e desenvolvimento humano.

O conceito social abstrato que o indicador busca medir é chamado de indicando. O indicador é apenas uma das materializações numéricas do indicando, já que cada indicando pode ser interpretado por vários indicadores. É a proximidade ou grau de correspondência entre indicador e indicando que determina sua aplicabilidade.

Todo indicador social existe para ser comparado. Um indicador sem parâmetro não tem utilidade científica ou programática. Portanto, além de ter relevância social, os indicadores devem ser dotados de atributos que permitam a comparação entre regiões geográficas, períodos de tempo e estratos sociais.

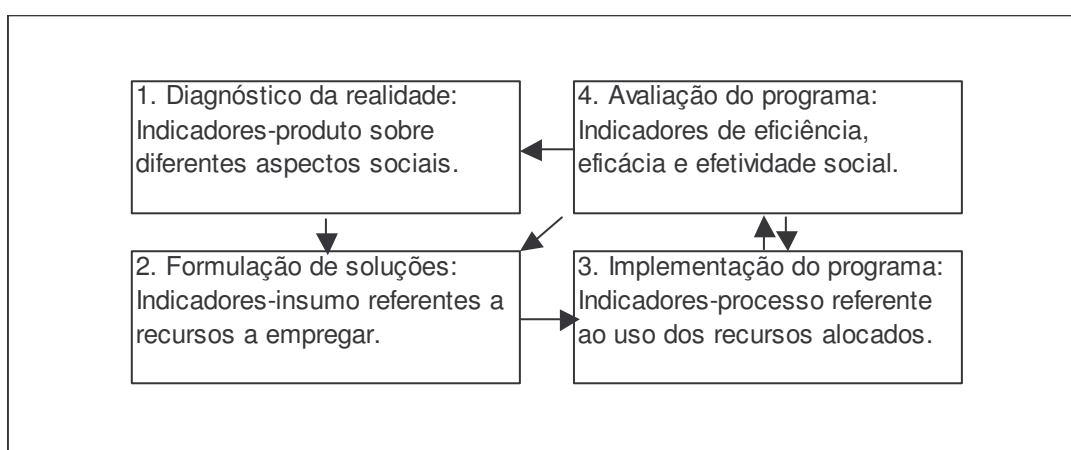
A padronização é a utilização dos mesmos métodos e critérios para obtenção de um indicador. A cobertura é o alcance geográfico e social do indicador. A inteligibilidade diz respeito à transparência da construção do indicador, que resulta em facilidade de

compreensão. A capacidade de um indicador para retratar porções do indicando, tais como pequenos universos geográficos, sexo, idade, renda, é chamada de desagregabilidade. A sensibilidade é a capacidade do indicador em refletir rapidamente mudanças significativas no indicando. O que se denomina de historicidade é a disponibilidade de séries históricas de um indicador, que permitem inferir tendências e medir efeitos de eventuais políticas implementadas.

Os indicadores sociais são insumos básicos e indispensáveis em todas as fases do processo de formulação e implementação das políticas públicas. Nesta aplicação, os indicadores sociais podem ser classificados em indicadores-insumo e indicadores-produto. São indicadores-insumo os indicadores de recursos, aqueles sobre os quais o gestor de políticas públicas tem capacidade direta de intervenção. Os indicadores-produto retratam a dimensão quantitativa das carências e demandas sociais que o gestor pretende atingir com a manipulação dos indicadores-insumo. É possível conceituar ainda os indicadores-processo, que são aqueles que retratam processos decorrentes do relacionamento entre os indicadores-insumo e os indicadores-produto.

O Quadro VII descreve o ciclo de utilização dos indicadores na implementação de políticas públicas.

Quadro VII – Ciclo de utilização de indicadores na implementação de políticas públicas.



Fonte: Jannuzzi (2004).

Oswaldo Sanchez Maldonado (1999) afirma que, de um modo geral, a realidade social não pode ser medida, de maneira significativa, por meio de um único indicador. Por isso,

recomenda cautela ao adotar modelagens simplistas e atenta para a carência de especialistas em mensuração das políticas públicas:

“Na apreciação de matérias polêmicas é indispensável que se avalie com atenção o real embasamento dos argumentos que articulam proposições supersimplificadoras ou fórmulas que propiciem resultados multifuncionais. A mensuração de resultados no setor público é uma das matérias em que esse cuidado é recomendável, seja pela complexidade do assunto, seja por ser campo em que não existem especialistas consagrados e no qual poucas são as experiências bem sucedidas.”

Assim, para medir o impacto das emendas parlamentares sobre a saúde, deve-se adotar mais do que um indicador social.

Entre os principais indicadores de saúde estão a expectativa de vida ao nascer, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de prevalência de doenças, indicadores de desnutrição (indicadores-produto), o gasto público per capita com atendimento à saúde, o gasto público com saúde como proporção do PIB, a taxa de profissionais de saúde por habitante e a taxa de leitos hospitalares por habitantes (indicadores-insumo), atendimentos por doença por habitante, taxa de mortalidade hospitalar por doença (indicadores-processo).

A expectativa de vida ao nascer, embora seja de cômputo complexo, tem significado bastante claro: o número médio de anos que se espera que um recém-nascido viva numa dada sociedade, considerando as condições de sobrevivência para cada faixa etária.

A expectativa de vida ao nascer é um indicador adequado para apontar as condições gerais da saúde de uma população, porém, justamente por ser um indicador abrangente, é pouco sensível para ser usada como avaliador de políticas de saúde. É bastante afetada por fatores exógenos à qualidade da rede de atendimento de saúde, como a prevalência de acidentes e homicídios, que não estão correlacionados à desigualdade sócio-econômica entre as regiões do país. Ademais, numa análise comparativa entre as unidades da federação, a influência que as correntes migratórias têm sobre este indicador dificultam traçar evoluções de longo prazo.

A esperança de vida ao nascer é um indicador demográfico de avaliação das condições de saúde. O Quadro VIII mostra os mais recentes dados disponíveis de expectativa de vida conforme as unidades da federação.

Os dados publicados pelo IBGE para expectativa de vida por estados carecem de confiabilidade, pois uma análise puramente numérica aponta comportamento incomum das variáveis. Para os anos de 2002 e 2003, somente os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul tinham expectativa de vida superior à média nacional. Há acréscimos abruptos de valores, especialmente dos indicadores do Distrito Federal e do Rio de Janeiro, entre 2003 e 2004. Por esta razão, as correlações entre dispêndios federais com saúde e expectativa de vida, que serão feitas no capítulo 5, devem ser avaliadas com a ressalva de que os dados do IBGE podem não retratar fielmente a evolução da expectativa de vida nas unidades da federação.

A taxa de mortalidade infantil é calculada pela razão entre o número de óbitos de crianças com até 1 ano e o número de nascidos vivos. É expressa em óbitos por 1000 nascimentos. O Quadro IX traz as taxas de mortalidade infantil para cada unidade da federação nos anos de 2002 a 2005.

Jannuzzi (2004) aponta que a taxa de mortalidade infantil, além de caracterizar níveis e padrões de mortalidade, têm sido empregada como um indicador representativo das condições gerais de vida ou saúde prevalentes em uma região ou segmento populacional e é de especial interesse para programas de avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e saneamento.

Outra característica deste indicador que o torna de grande utilidade para a avaliação de políticas públicas é sua celeridade em retratar mudanças das condições de saúde, pois os dados empregados no seu cômputo referem-se ao primeiro ano de vida das crianças nascidas ao longo do último ano. Assim, qualquer alteração pode ser captada muito rapidamente. Isto também faz com este indicador seja pouco afetado por movimentos migratórios.



QUADRO VIII – Expectativa de vida por estados (anos).

UF\Ano	2001	2002	2003	2004	2005
AC	68,6	68,9	69,1	70,5	70,8
AL	63,5	63,8	64,0	65,5	66,0
AM	69,2	69,4	69,7	70,7	71,0
AP	69,3	69,6	69,8	69,4	69,8
BA	68,0	68,2	68,5	71,2	71,4
CE	66,7	66,9	67,2	69,2	69,6
DF	69,1	69,2	69,4	74,6	74,9
ES	70,5	70,7	71,0	72,9	73,1
GO	69,8	70,1	70,3	72,5	72,8
MA	65,1	65,4	65,7	66,4	66,8
MG	70,7	70,9	71,2	73,8	74,1
MS	70,7	70,9	71,1	72,9	73,2
MT	69,5	69,7	70,0	72,3	72,6
PA	69,1	69,3	69,6	71,1	71,4
PB	64,8	65,0	65,3	67,9	68,3
PE	64,0	64,3	64,6	67,1	67,5
PI	66,0	66,2	66,5	67,8	68,2
PR	70,6	70,8	71,0	73,2	73,5
RJ	67,8	68,0	68,1	72,1	72,4
RN	66,7	67,0	67,3	69,4	69,8
RO	68,6	68,8	69,1	70,3	70,6
RR	67,8	68,1	68,4	69,0	69,3
RS	71,8	72,0	72,1	74,2	74,5
SC	71,6	71,7	71,9	74,5	74,8
SE	67,5	67,8	68,1	69,9	70,3
SP	70,2	70,3	70,5	73,4	73,7
TO	68,7	69,0	69,3	70,4	70,7
Brasil	68,9	71,0	71,3	71,7	71,9

Fonte: IBGE

QUADRO IX – Taxa de mortalidade infantil por estados (óbitos por 100 nascimentos).

UF\Ano	2002	2003	2004	2005
AC	33,2	33,9	33,6	32,6
AL	57,7	60,6	55,7	53,7
AM	28,8	23,3	28,5	27,6
AP	24,9	25,1	26,2	25,4
BA	38,7	42,8	36,7	35,6
CE	35,1	29,5	33,2	32,0
DF	17,5	20,3	18,4	17,8
ES	20,9	21,3	20,7	20,1
GO	20,7	23,4	21,3	20,7
MA	46,3	38,4	43,6	42,1
MG	20,8	22,6	22,5	21,8
MS	19,2	18,1	19,6	19,1
MT	21,5	21,0	22,2	21,6
PA	27,3	26,0	26,7	25,9
PB	45,5	43,0	42,3	40,8
PE	44,8	47,7	42,7	41,2
PI	33,1	36,7	31,6	30,4
PR	20,7	20,7	20,7	20,0
RJ	19,5	24,9	21,7	20,9
RN	41,9	34,8	38,8	37,5
RO	24,6	25,5	25,9	25,2
RR	17,8	17,8	20,7	20,1
RS	15,4	14,9	14,7	14,3
SC	18,2	17,8	17,7	17,2
SE	40,6	36,2	37,5	36,2
SP	17,4	17,2	17,0	16,5
TO	28,4	24,0	29,9	29,0

Fonte: IBGE

A taxa de mortalidade infantil é adotada no PPA 2004-2007 como indicador referência do programa “Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos”. A “Atenção à Saúde da Criança”, integrante deste programa, tem como meta atender em 4 anos 131.401.281 crianças com recursos de R\$ 36.222.000,00 e assim reduzir a taxa de mortalidade infantil de 27 por 1000 nascimentos em 2004 para 24/1000 em 2007.

A adoção deste indicador como representativo das condições gerais de saúde pode ser criticada pelo fato de que ele é afetado por fatores como a desnutrição materna e infantil e o saneamento básico, que não são objeto das ações governamentais na área de saúde, considerado o sentido estrito de saúde no Orçamento. Todavia, neste caso, os fatores exógenos representam carências fortemente relacionadas com a desigualdade sócio-econômica.

Neste capítulo definimos o que são os indicadores sociais e descrevemos algumas propriedades que aumentam sua aplicabilidade. Mostramos como os indicadores sociais são empregados na proposição e avaliação da políticas públicas. Demonstramos porque a taxa de mortalidade infantil é um indicador muito mais adequado do que a expectativa de vida ao nascer para avaliação do impacto das emendas parlamentares sobre as condições gerais de saúde dos estados. Todavia, como a adoção de um único indicador é uma simplificação arriscada, ambos indicadores serão usados nas correlações desenvolvidas no próximo capítulo.

## V – METODOLOGIA E RESULTADOS

Neste capítulo, com objetivo de testar o impacto das emendas individuais e de bancadas estaduais sobre as condições de saúde dos estados, foram correlacionados os indicadores de saúde com os recursos liquidados do Orçamento da União na Função Saúde para cada unidade da federação.

O Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Aplicadas – SIGA, mantido pelo Senado Federal, foi adotado como principal fonte de dados do Orçamento Geral da União para esta monografia. Este sistema, de livre acesso ao público, dispõe de vários recursos de filtragem e consolidação que facilitam a consulta aos dados orçamentários. O SIGA é bastante adequado para comparar dotações entre as várias fases do orçamento federal, pois traz informações desde a proposta orçamentária até sua execução. Atualmente, estão disponíveis dados relativos aos exercícios de 2002 a 2007. O sistema pode ser acessado no endereço eletrônico <<http://www.senado.gov.br/sf/orcamento/siga/siga.asp>>.

Levantou-se, dos orçamentos de 2002 a 2006, os valores de todas as dotações da proposta orçamentária, das emendas apresentadas, da lei orçamentária aprovada no Congresso e dos créditos adicionais e os valores liquidados para cada dotação. Para cada ano, os valores liquidados para a Função Saúde foram tratados e consolidados por unidade da federação para formar variáveis significativas a serem correlacionadas com os indicadores de saúde.

Ao selecionar os dados das emendas parlamentares individuais e de bancadas estaduais, eliminou-se qualquer iniciativa do Poder Executivo. Os valores liquidados excluem as dotações previstas na PLOA e também aquelas que foram objeto de créditos adicionais. Embora este ajuste tenha eliminado parte do valor liquidado das emendas, é imprescindível para este trabalho que as variáveis que retratem as emendas parlamentares não estejam acompanhadas de recursos propostos pelo Poder Executivo, pois, em caso contrário, não se poderia afirmar que os efeitos produzidos por estes recursos nos indicadores sociais foram produto da iniciativa parlamentar.

Além do objetivo contido na apresentação do trabalho, que é averiguar se há relação dos recursos aplicados em saúde provenientes das emendas parlamentares individuais e de

bancada estaduais com a melhoria das condições de saúde em cada unidade da federação, foram formulados outros testes.

O primeiro deles é se os investimentos têm maior impacto sobre os indicadores de saúde do que as demais despesas. O teste seguinte é se as emendas individuais e de bancadas são mais eficazes em aprimorar os indicadores de saúde do que as despesas de iniciativa do Poder Executivo.

Para conduzir estes testes, foram selecionadas as seguintes variáveis, todas elas restritas à Função Saúde e consolidadas por unidade da federação e exercício:

1. despesa federal total na Função Saúde;
2. investimento federal total;
3. despesas totais previstas em emendas individuais;
4. investimentos previstos em emendas individuais;
5. despesas totais previstas em emendas individuais ou de bancada;
6. investimentos previstos em emendas individuais ou de bancada.

Estas variáveis estão contidas nos Quadros XIV a XIX do Anexo I.

Os valores dos recursos liquidados foram ajustados pelo grupo populacional significativo dos indicadores. Assim, na correlação com a expectativa de vida, os recursos federais gastos com saúde foram normatizados pela população total, enquanto na correlação com mortalidade infantil, os recursos foram relativizados pela quantidade de nascimentos. Os valores de população e nascimentos utilizados para normatizar os recursos estão nos quadros XX e XXI do Anexo I.

Aplicou-se ainda deflatores para os recursos dos anos de 2002 a 2006 de modo que se tornassem comparáveis. O Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, medido pelo IBGE, foi usado para deflacionar as despesas, conforme quadro XXII do Anexo I, na ausência de índice próprio de custos dos serviços públicos de saúde.

Conforme definido no Capítulo IV, os indicadores sociais escolhidos para retratar as condições gerais de saúde nos diferentes Estados foram a expectativa de vida ao nascer e a

taxa de mortalidade infantil. O impacto dos recursos aplicados na Função Saúde deve ser medido no ano seguinte ao da liquidação, pois os indicadores sociais do mesmo ano poderiam não captar os efeitos das ações orçamentárias. Portanto, para cada indicador de saúde, as seguintes variáveis foram selecionadas para correlação:

- A. valor absoluto no ano seguinte ao da execução do orçamento;
- B. variação absoluta entre o ano de execução do orçamento e o ano seguinte;
- C. variação percentual entre o ano de execução do orçamento e o ano seguinte.

Até a elaboração deste trabalho, somente os indicadores até o ano de 2005 foram divulgados pelo IBGE. Como os dados orçamentários mais antigos disponíveis no SIGA são de 2002 e estipulou-se que os recursos aplicados seriam comparados com os indicadores do ano seguinte, só foi possível correlacionar os dados de três anos: os orçamentos de 2002 a 2004 com os indicadores de 2003 a 2005. Cada série foi montada, portanto, com dados de 27 estados e 3 anos, perfazendo 81 registros.

Os métodos de correlação escolhidos foram o coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de correlação por postos de Kendall.

O coeficiente de correlação de Pearson (MARTINS, 2005), também chamado de "coeficiente de correlação produto-momento", quantifica a intensidade e a direção da correlação entre duas séries de variáveis, supondo que elas se correlacionem por uma função linear. É definido pela razão entre a covariância entre as duas variáveis e o produto de seus desvios padrões. A seguinte fórmula é usada para seu cálculo:

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum (y_i - \bar{y})^2}},$$

onde  $x_i$  e  $y_i$  são os valores das séries e  $\bar{x}$  e  $\bar{y}$  são suas médias aritméticas. O Coeficiente de Pearson varia entre 1 quando as variáveis se correlacionam de forma perfeitamente linear crescente e  $-1$  para uma correlação perfeitamente linear decrescente. O valor 0 indica que as variáveis não têm correlação pelo modelo linear.

O coeficiente de correlação por postos de Kendall (MARTINS, 2005) mede a força da dependência entre duas variáveis independentemente da escolha arbitrária um modelo de distribuição. Ele é definido pela equação:

$$\tau = \frac{2P}{\frac{1}{2}n(n-1)} - 1,$$

onde P é, para um par de séries A e B ordenado em valores decrescentes de A, o somatório de ocorrências em que um termo da série B está classificado anteriormente a outro termo de valor superior desta série.

Se a concordância de ordem entre os duas séries for perfeita, o coeficiente tem valor 1. Se a discordância de ordem for perfeita, o coeficiente tem valor -1. Se não houver correspondência de ordem entre as séries, o coeficiente será 0.

O coeficiente de correlação de Pearson supõe uma correlação linear entre as variáveis. Diferentemente, para o coeficiente de correlação por postos de Kendall, basta que o modelo esperado de correlação siga uma função monótona, isto é, os dados preservem uma relação de ordem. Como não se pretende testar se o modelo de correlação entre as despesas federais com saúde e os indicadores de saúde é linear, o coeficiente de correlação por postos de Kendall é provavelmente mais apropriado para este trabalho.

Os resultados contidos nos quadros X e XI referem-se a correlações entre os recursos dispendidos e a expectativa de vida. Valores positivos (em negrito) indicam que o aumento dos recursos será retribuído com aumento na expectativa de vida, conforme a hipótese formulada.

Quadro X – Recursos x expectativa de vida - Correlação pelo método Pearson

Indicador social	Expectativa de vida do exercício seguinte.	Varição absoluta da expectativa de vida no exercício seguinte.	Varição percentual da expectativa de vida no exercício seguinte.
<b>Parâmetro orçamentário</b>			
Despesa federal total;	<b>0,039</b>	-0,121	-0,124
Investimento federal total;	-0,222	-0,309	-0,308
Despesas totais previstas em emendas individuais;	-0,002	-0,264	-0,265
Investimentos previstos em emendas individuais;	<b>0,013</b>	-0,273	-0,274
Despesas totais previstas em emendas individuais ou de bancada;	-0,078	-0,242	-0,243
Investimentos previstos em emendas individuais ou de bancada.	-0,094	-0,262	-0,262

Quadro XI – Recursos x expectativa de vida - Correlação pelo método Kendall

Indicador social	Expectativa de vida do exercício seguinte.	Varição absoluta da expectativa de vida no exercício seguinte.	Varição percentual da expectativa de vida no exercício seguinte.
<b>Parâmetro orçamentário</b>			
Despesa federal total;	<b>0,078</b>	-0,115	-0,111
Investimento federal total;	-0,221	-0,188	-0,173
Despesas totais previstas em emendas individuais;	<b>0,028</b>	-0,218	-0,228
Investimentos previstos em emendas individuais;	<b>0,065</b>	-0,195	-0,222
Despesas totais previstas em emendas individuais ou de bancada;	-0,058	-0,133	-0,130
Investimentos previstos em emendas individuais ou de bancada.	-0,058	-0,140	-0,141

Os quadros XII e XIII trazem as correlações entre os recursos dispendidos e a taxa de mortalidade infantil. Valores negativos (em negrito) indicam que o aumento dos recursos implicará redução da mortalidade infantil, vão ao encontro da hipótese do trabalho.



Quadro XII – Recursos x mortalidade infantil - Correlação pelo método Pearson

<b>Indicador social</b>	<b>Mortalidade infantil do exercício seguinte.</b>	<b>Varição absoluta da mortalidade infantil no exercício seguinte.</b>	<b>Varição percentual da mortalidade infantil no exercício seguinte.</b>
<b>Parâmetro orçamentário</b>			
Despesa federal total;	-0,202	-0,069	-0,141
Investimento federal total;	-0,060	-0,035	-0,071
Despesas totais previstas em emendas individuais;	-0,042	-0,050	-0,085
Investimentos previstos em emendas individuais;	-0,050	-0,047	-0,083
Despesas totais previstas em emendas individuais ou de bancada;	-0,066	-0,029	-0,057
Investimentos previstos em emendas individuais ou de bancada.	-0,077	-0,023	-0,050

Quadro XIII – Recursos x mortalidade infantil - Correlação pelo método Kendall

<b>Indicador social</b>	<b>Mortalidade infantil do exercício seguinte.</b>	<b>Varição absoluta da mortalidade infantil no exercício seguinte.</b>	<b>Varição percentual da mortalidade infantil no exercício seguinte.</b>
<b>Parâmetro orçamentário</b>			
Despesa federal total;	-0,273	-0,102	-0,089
Investimento federal total;	0,005	-0,101	-0,080
Despesas totais previstas em emendas individuais;	-0,028	-0,117	-0,092
Investimentos previstos em emendas individuais;	-0,057	-0,121	-0,093
Despesas totais previstas em emendas individuais ou de bancada;	-0,073	-0,120	-0,091
Investimentos previstos em emendas individuais ou de bancada.	-0,052	-0,103	-0,068

No capítulo seguinte, analisaremos os dados obtidos, discutiremos sua validade e apresentaremos a conclusão sobre o efeito das emendas parlamentares na redução das desigualdades regionais.

## VI – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste capítulo, apreciaremos os resultados das correlações feitas no Capítulo V e avaliaremos se eles confirmam a hipótese deste trabalho, de que o desequilíbrio representativo no Congresso Nacional favorece a redução das desigualdades regionais.

As correlações entre expectativa de vida e recursos federais empregados na saúde apontaram, em grande parte das correlações efetuadas, um comportamento oposto ao esperado. Das 36 correlações calculadas, somente 5 foram positivas, isto é, indicaram que o aumento no dispêndio de recursos federais em determinada unidade da federação influencia no aumento no índice de expectativa de vida no ano seguinte.

Este resultado não é surpreendente pelo que já foi exposto no Capítulo IV. A expectativa de vida, embora seja o indicador que melhor retrate as condições gerais de vida da população, é afetada por fatores que são alheios às ações governamentais de saúde, como acidentes e homicídios. Além disso, os dados divulgados pelo IBGE têm comportamento incomum que leva a suspeitas sobre sua fidelidade, conforme demonstrado no Capítulo .

Entre as correlações com a taxa de mortalidade infantil, todas, exceto uma, apontaram no sentido esperado, de que o aumento dos recursos federais aplicados favorece a redução da mortalidade infantil no ano seguinte. Por serem inferiores a 0,3, os módulos das correlações podem ser classificados como pequenos, conforme o critério de Cohen (1988).

As correlações das variáveis referentes a despesas de qualquer natureza econômica foram em geral mais fortes do que as correlações das variáveis restritas a despesas com investimentos. Em 27 das 36 comparações possíveis, as correlações das variáveis das despesas totais ficaram mais próximas do resultado esperado, seja a redução da taxa de mortalidade infantil, seja o aumento da expectativa de vida.

Isto não determina, entretanto, que os investimentos tenham um impacto menor na melhoria das condições de saúde do que as demais despesas. Como as correlações foram montadas com os indicadores de saúde do ano seguinte ao da aplicação dos recursos, somente se pode afirmar que os investimentos têm menor impacto no ano seguinte ao da aplicação do que as despesas das demais naturezas econômicas. Os investimentos, porém, ao contrário das

outras despesas, podem influenciar as condições de saúde durante vários anos e possibilitam que sejam executadas as despesas correntes. Uma análise mais profunda deste efeito necessita de séries de dados orçamentários mais longas, de forma que permitam medir os investimentos acumulados ao longo de vários exercícios.

As variáveis que retratavam as emendas parlamentares individuais e a soma das emendas individuais e de bancada estaduais resultaram correlações comparáveis com a das variáveis que retratavam o total das despesas federais com saúde. Não foi possível determinar se o impacto das emendas parlamentares nas condições de saúde é superior ou inferior do que o restante do orçamento.

Entretanto, ao separar somente as despesas com investimentos, as emendas parlamentares individuais apontaram maior impacto do que o restante do orçamento em 9 das 12 comparações possíveis. A mesma proporção foi encontrada quando tomada a soma das emendas individuais com as emendas de bancada em relação ao restante do orçamento.

Portanto, quando se trata de investimentos, os recursos provenientes da iniciativa do Poder Legislativo tendem a produzir mais efeitos sobre os indicadores de saúde do exercício subsequente do que os recursos propostos pelo Poder Executivo. Inversamente, quando consideradas as demais despesas, as aplicações de iniciativa do Poder Executivo têm maior impacto no exercício subsequente do que as emendas dos parlamentares.

Embora os investimentos em saúde tenham menor impacto imediato nas condições de saúde do que as demais despesas, quando aqueles são propostos pelos parlamentares produzem melhores efeitos do que quando previstos pelo governo. Os benefícios para a população seriam otimizados se os atores do processo orçamentário, Legislativo e Executivo, priorizassem recursos para os grupos de despesas em que são mais eficientes.

Os resultados encontrados indicam que as emendas parlamentares ao orçamento federal têm propensão de reduzir as desigualdades regionais, refletida na melhoria dos indicadores de saúde dos Estados. Ainda que os impactos medidos não tenham a dimensão e a frequência esperadas e, conforme demonstrado no Capítulo I, alguns Estados que figuram entre os mais desenvolvidos do país também sejam favorecidos pelo desequilíbrio representativo do Congresso, a hipótese primária deste trabalho não pode ser rejeitada. O uso

de séries históricas mais longas e ferramentas estatísticas e econométricas mais refinadas permitirão que estudos subsequentes enriqueçam e aprofundem a análise deste tema.

## BIBLIOGRAFIA

- BITTENCOURT, Sidney A. Implicações da não Aprovação da Lei Complementar a que se Refere o §3º do Art. 198 da Constituição Federal (EC nº 29/2000), nos Gastos Federais com Saúde. Nota Técnica 08/2007. *Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Câmara dos Deputados*. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/internet/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/2007/NT%2008-2007%20-%20Gastos%20Federais%20com%20Saude.pdf>>.
- BRASIL. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 4.320/64. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm)>.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 01/2006 - CN. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do art. 166 da Constituição, bem como a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Informações, 2006.
- COHEN, Jacob. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Ed. - New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988. 567 p.
- DAMIÃO, Geralda Alves. *Execução de Emendas Orçamentárias – Período 2003/2004*. Brasília: 2004. 59 p. Monografia (Especialização em Gestão Legislativa) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília.
- FOIZER FILHO, Rubens. *Emendas Individuais: Análise da Apresentação e seus Reflexos na Execução da Lei Orçamentária*. Brasília: 2002. 52 f. Monografia (Especialização em Desenvolvimento Gerencial) – Departamento de Administração, Universidade de Brasília.
- GIACOMONI, James. *Orçamento Público*. 11. Ed. – São Paulo: Atlas, 2002. 314 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999, 45 p.
- \_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais - 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003, 326 p.
- \_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais - 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004, 398 p.

- \_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais - 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, 364 p.
- \_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais - 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 330 p.
- \_\_\_\_\_. *Síntese de indicadores sociais - 2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 317 p.
- JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores Sociais no Brasil*. 3. ed. – Campinas: Alínea, 2004. 141 p.
- LIMONGI, Fernando e FIGUEIREDO, Argelina. Processo orçamentário e comportamento legislativo: emendas individuais, apoio ao executivo e programas de governo. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 48, no 4, 2005, pp. 737 a 776.
- MALDONADO, Osvaldo Sanches. Mensuração de Resultados no Setor Público: Algumas Reflexões. *Sinopse da Execução Orçamentária, Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados*, n. 2 (especial), jan. – mar. 1999.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. *Estatística Geral e Aplicada*. 3. ed. – São Paulo, Atlas, 2005. 428 p.
- MATIAS-PEREIRA, José. *Finanças Públicas – A Política Orçamentária no Brasil*. 3. ed. – São Paulo: Atlas. 2006. 356 p.
- NICOLAU, Jairo Marconi. As Distorções na Representação dos Estados na Câmara dos Deputados Brasileira. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.
- OLIVEIRA, Ribamar e GOBETTI, e Sérgio. Emenda individual escapa de moralização. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 29 maio 2007. Disponível em <<http://txt.estado.com.br/editorias/2007/05/29/pol-1.93.11.20070529.10.1.xml>>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*. Disponível em <<http://www.who.int/whosis/en/index.html>>.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>.
- POLIGNANO, Marcus Vinicius - *História das Políticas de Saúde no Brasil - Uma Pequena Revisão*. [S.l.]: [1999]. Disponível em <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>.
- SOARES, Márcia Miranda e LOURENÇO, Luiz Cláudio. A Representação Política dos Estados na Federação Brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 56, p. 113-127, out. 2004.
- SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8(2), p. 449-460, 2003.

## ANEXO I – Dados empregados nas correlações do Capítulo V.

QUADRO XIV – Valor executado na Função Saúde, total (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	51.918.888	63.201.640	88.178.538	108.745.605	126.396.605
AL	296.669.577	305.093.073	367.878.902	405.458.106	468.191.413
AM	228.901.326	253.941.002	325.782.668	369.457.007	426.902.380
AP	39.200.347	45.404.206	63.967.104	80.877.837	88.252.171
BA	1.110.693.941	1.264.530.922	1.501.317.002	1.610.629.808	1.898.981.983
CE	782.295.557	802.466.289	951.814.501	1.049.585.595	1.176.399.536
DF	221.099.121	236.139.407	254.808.251	277.894.875	302.249.711
ES	277.496.871	331.769.627	379.405.675	437.850.667	489.726.732
GO	514.607.604	554.214.570	652.285.954	715.056.469	782.134.610
MA	476.599.883	515.807.971	622.764.563	747.630.260	905.904.713
MG	1.722.512.035	1.898.852.897	2.214.875.681	2.493.784.053	2.803.504.369
MS	214.482.976	245.357.954	292.174.453	330.147.715	392.228.137
MT	253.022.211	284.020.680	335.178.193	379.709.921	432.352.543
PA	517.355.530	506.398.143	640.120.122	692.831.229	811.477.626
PB	374.370.915	372.777.513	488.438.676	574.090.545	629.802.963
PE	809.425.161	857.042.138	1.052.932.260	1.149.917.432	1.230.294.253
PI	339.352.324	323.770.040	405.896.627	442.388.718	522.963.199
PR	1.028.172.786	1.128.550.800	1.314.790.281	1.449.576.836	1.604.201.423
RJ	2.126.900.178	2.175.739.843	2.605.547.770	3.117.285.701	3.345.422.526
RN	287.212.089	304.326.986	392.449.074	435.039.004	474.044.841
RO	125.370.317	145.142.599	148.223.483	179.597.733	193.738.879
RR	38.452.299	43.999.752	47.171.711	752.713.667	75.151.533
RS	1.313.393.547	1.526.230.137	1.750.799.703	1.882.295.101	2.047.024.188
SC	528.515.482	574.566.748	702.698.843	766.713.818	855.321.605
SE	172.160.082	189.339.042	249.281.374	270.792.767	284.803.113
SP	3.937.744.964	4.483.918.208	5.331.018.889	5.713.558.132	6.171.505.337
TO	126.362.989	138.483.866	172.189.457	211.265.859	225.210.907

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal

QUADRO XV – Valor executado na Função Saúde, investimentos (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	5.653.613	6.391.710	21.195.827	23.576.591	28.380.066
AL	25.643.957	5.659.230	26.936.920	33.781.808	46.687.423
AM	26.328.322	14.783.754	30.861.289	35.377.987	33.541.382
AP	7.594.764	7.795.570	16.261.461	19.749.364	13.689.094
BA	65.904.201	34.947.391	87.477.590	77.761.436	72.423.944
CE	82.685.930	32.872.456	56.286.127	74.000.966	99.425.694
DF	30.794.858	16.967.476	16.961.366	13.491.558	3.924.976
ES	14.667.687	19.043.517	34.070.296	32.310.656	29.383.564
GO	29.874.284	7.203.914	50.117.758	46.049.312	42.689.656
MA	24.397.438	19.118.001	39.648.225	62.830.010	70.950.725
MG	72.433.588	48.989.945	103.739.689	151.596.516	116.202.167
MS	5.723.449	6.666.404	23.862.945	19.818.455	25.790.529
MT	19.859.834	20.171.963	29.920.099	40.232.193	41.728.019
PA	76.222.264	12.973.512	58.584.503	48.161.975	52.493.688
PB	48.214.870	11.956.521	47.349.505	66.871.110	81.951.043
PE	74.232.166	32.909.793	80.214.199	73.036.497	57.882.024
PI	66.677.671	15.304.207	47.597.936	29.151.445	57.124.379
PR	24.740.260	19.575.273	58.767.231	73.787.450	47.913.615
RJ	69.993.722	57.392.378	172.250.055	219.173.026	155.834.433
RN	29.652.839	12.729.794	32.838.480	36.031.510	29.720.166
RO	17.278.673	18.865.936	17.292.529	23.103.737	19.053.574
RR	9.084.411	9.266.452	10.884.973	9.368.943	18.658.387
RS	21.022.043	29.016.320	70.726.572	97.304.630	57.406.539
SC	12.478.915	5.895.171	45.494.242	45.911.439	43.337.183
SE	7.451.826	6.722.847	27.981.088	22.349.779	12.498.333
SP	49.564.146	45.273.216	161.017.530	215.731.513	148.668.593
TO	14.109.101	5.649.625	18.172.625	22.053.699	16.694.014

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal



QUADRO XVI – Valor executado das emendas individuais por estado, total (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	608.000,00	455.772,00	5.856.000,00	3.660.000,00	7.919.172,81
AL	2.459.879,48	1.960.648,00	11.462.488,00	3.286.000,00	5.125.250,30
AM	822.818,65	279.875,00	6.796.000,00	5.350.000,00	4.494.000,00
AP	2.397.803,04	1.495.505,00	9.479.330,89	8.365.000,00	4.950.000,00
BA	5.662.904,34	8.963.746,00	38.943.616,50	16.247.000,00	24.159.616,25
CE	4.917.640,33	5.059.612,68	12.933.389,97	9.824.865,00	8.885.704,00
DF	560.000,00	79.976,00	2.456.000,00	1.580.458,81	269.651,69
ES	2.276.350,71	2.285.381,00	10.066.800,00	8.031.160,00	6.575.300,00
GO	4.108.252,85	5.007.220,00	17.354.861,78	8.990.000,00	12.250.243,90
MA	1.842.293,19	3.143.471,00	6.310.996,50	6.790.000,00	5.532.800,00
MG	13.323.517,15	9.238.699,00	32.907.162,20	51.768.900,00	23.793.787,50
MS	826.339,93	675.852,00	3.832.000,00	2.740.000,00	6.164.500,00
MT	543.288,36	1.943.383,00	5.895.908,42	6.750.000,00	2.115.000,00
PA	1.841.230,30	3.994.764,00	21.388.800,00	14.205.000,00	9.543.212,50
PB	1.361.729,80	1.159.436,00	9.651.999,97	4.438.000,00	3.703.500,00
PE	6.815.851,91	6.653.075,50	22.967.200,01	27.646.523,77	19.243.805,36
PI	311.839,90	1.399.877,00	4.997.199,96	1.960.000,00	2.268.000,00
PR	8.310.461,85	6.064.909,00	25.891.757,88	20.749.792,00	16.157.478,42
RJ	14.740.090,45	15.001.871,07	51.695.879,77	59.690.285,93	15.249.200,00
RN	3.856.000,00	5.414.921,00	5.149.480,00	6.735.000,00	4.951.500,00
RO	1.959.525,73	1.304.465,30	5.037.250,00	6.230.000,00	1.723.849,05
RR	96.000,00	1.469.693,00	2.400.000,00	330.000,00	3.150.000,00
RS	9.706.865,53	5.646.270,61	19.408.394,21	10.691.650,00	17.601.550,73
SC	1.696.800,00	1.424.645,00	10.887.920,80	13.782.359,82	7.526.116,60
SE	2.004.800,00	1.795.433,00	11.051.000,00	8.398.568,80	3.128.166,70
SP	25.873.656,14	21.756.773,00	68.817.538,25	95.543.628,25	31.638.236,86
TO	1.018.445,87	535.657,39	3.302.060,64	1.555.000,00	4.541.099,54

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal

QUADRO XVII – Valor executado das emendas individuais e de bancada por estado, total, (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	4.106.303,53	4.387.404,00	15.393.789,40	10.150.599,83	11.347.172,81
AL	2.459.879,48	1.960.648,00	12.163.678,00	16.827.058,92	21.813.486,09
AM	10.315.404,42	8.527.490,41	14.220.000,00	20.743.242,60	17.762.719,01
AP	4.681.754,69	6.074.864,56	12.655.330,89	12.465.000,00	7.950.000,00
BA	25.171.908,08	30.305.911,93	47.964.747,11	40.356.661,44	24.159.616,25
CE	20.699.649,53	19.312.610,51	31.728.100,14	45.366.376,19	55.264.326,00
DF	3.060.000,00	1.967.476,00	5.516.000,00	4.857.458,81	269.651,69
ES	8.275.430,10	15.611.323,60	21.029.841,85	13.250.879,00	9.404.247,00
GO	16.031.769,68	11.507.220,00	21.458.861,78	20.525.725,59	12.250.243,90
MA	9.921.214,61	14.540.596,86	21.284.273,56	35.919.859,20	28.389.204,76
MG	40.990.940,82	45.373.900,49	66.694.443,89	88.893.515,28	34.068.723,70
MS	5.770.049,53	2.960.849,49	11.712.000,00	8.121.000,00	7.924.500,00
MT	11.449.179,71	16.396.290,56	10.848.732,82	25.604.461,38	18.664.320,00
PA	13.096.437,35	9.798.175,56	25.636.213,84	28.996.269,00	17.066.262,50
PB	6.160.751,54	5.950.608,86	28.772.158,92	43.330.893,00	49.596.665,25
PE	20.456.659,55	26.552.241,20	40.367.833,56	34.072.739,41	28.623.805,36
PI	311.839,90	8.912.340,60	19.564.190,45	1.960.000,00	9.318.000,00
PR	21.011.058,68	19.957.490,94	35.028.414,06	41.132.271,52	18.665.178,42
RJ	48.342.297,47	44.606.214,93	69.646.295,69	114.410.053,53	34.705.600,00
RN	8.310.407,88	8.244.075,47	25.829.133,92	22.014.639,00	12.530.034,35
RO	8.582.598,24	11.798.260,42	10.383.105,72	11.454.770,01	10.796.784,77
RR	2.533.795,02	6.571.335,30	8.536.564,00	2.800.000,00	3.150.000,00
RS	16.029.257,60	22.923.747,17	32.899.846,16	44.365.898,27	22.264.408,73
SC	8.925.264,66	10.870.652,16	17.827.032,40	17.015.237,82	15.878.329,19
SE	3.421.191,20	2.695.433,00	16.298.991,92	11.826.534,80	3.128.166,70
SP	64.299.296,48	55.253.232,11	97.086.268,18	159.941.578,91	74.005.754,26
TO	1.018.445,87	535.657,39	9.496.186,24	6.338.928,34	4.541.099,54

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal

QUADRO XVIII – Valor executado das emendas individuais, investimentos (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	56.000,00	255.872,00	4.540.000,00	1.030.000,00	6.893.935,20
AL	2.427.879,48	1.943.137,00	11.366.488,00	3.076.000,00	5.035.250,30
AM	822.818,65	279.875,00	5.896.000,00	5.150.000,00	4.494.000,00
AP	2.397.803,04	1.295.605,00	8.119.330,89	7.765.000,00	4.950.000,00
BA	4.682.904,34	7.984.034,00	37.555.616,50	14.577.000,00	22.935.616,25
CE	3.857.640,33	3.722.693,68	11.901.389,97	8.144.865,00	7.880.704,00
DF	280.000,00	79.976,00	2.256.000,00	1.246.000,00	0,00
ES	2.156.350,71	2.285.381,00	9.850.800,00	8.031.160,00	6.575.300,00
GO	3.732.252,85	3.927.760,00	16.869.746,78	7.980.000,00	10.855.243,90
MA	1.802.293,19	3.007.539,00	5.939.641,95	6.140.000,00	5.532.800,00
MG	9.791.517,15	7.735.247,00	30.585.162,20	45.593.900,00	18.584.927,00
MS	586.339,93	439.780,00	3.416.000,00	2.740.000,00	5.525.500,00
MT	303.288,36	1.743.483,00	5.855.908,42	6.530.000,00	2.115.000,00
PA	1.841.230,30	3.035.244,00	20.948.800,00	13.655.000,00	9.453.212,50
PB	1.297.729,80	1.023.504,00	9.235.999,97	3.418.000,00	3.613.500,00
PE	5.583.851,91	2.440.246,50	20.151.200,01	24.014.732,99	16.505.555,36
PI	311.839,90	1.399.877,00	4.997.199,96	1.810.000,00	2.268.000,00
PR	4.656.427,74	3.290.238,00	21.194.043,48	14.564.792,00	10.070.277,62
RJ	13.636.090,45	14.172.135,07	49.572.664,15	55.263.476,73	11.734.700,00
RN	896.000,00	2.171.955,00	1.030.080,00	785.000,00	126.000,00
RO	1.879.525,73	1.304.465,30	4.597.250,00	5.880.000,00	914.527,90
RR	96.000,00	1.469.693,00	1.840.000,00	230.000,00	1.800.000,00
RS	9.450.865,53	5.462.362,61	17.959.594,21	9.961.650,00	15.677.350,73
SC	1.372.800,00	975.717,00	9.839.920,80	13.532.359,82	7.033.216,60
SE	480.800,00	351.892,00	9.359.000,00	5.275.000,00	2.282.166,70
SP	18.941.656,14	15.050.237,00	59.961.173,59	75.269.388,25	28.319.236,86
TO	1.018.445,87	535.657,39	3.134.710,24	1.555.000,00	4.361.099,54

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal

QUADRO XIX – Valor executado das emendas individuais e de bancadas, investimentos (R\$).

UF/Ano	2002	2003	2004	2005	2006
AC	3.554.303,53	255.872,00	12.037.789,40	7.520.599,83	10.321.935,20
AL	2.427.879,48	1.943.137,00	12.067.678,00	16.483.659,93	21.723.486,09
AM	10.315.404,42	8.229.622,41	13.320.000,00	20.543.242,60	17.762.719,01
AP	4.681.754,69	5.874.964,56	11.295.330,89	11.865.000,00	7.950.000,00
BA	24.191.908,08	29.326.199,93	45.271.234,11	38.686.661,44	22.935.616,25
CE	19.442.793,22	17.975.691,51	26.696.100,14	43.686.376,19	53.809.326,00
DF	2.780.000,00	1.967.476,00	5.316.000,00	4.523.000,00	0
ES	8.155.430,10	15.611.323,60	20.813.841,85	13.250.879,00	9.224.247,00
GO	15.655.769,68	3.927.760,00	18.809.746,78	17.685.925,59	10.855.243,90
MA	9.881.214,61	14.404.664,86	20.912.919,01	35.269.859,20	28.389.204,76
MG	37.153.114,93	43.870.448,49	60.668.353,89	81.526.515,28	28.589.863,20
MS	2.619.108,31	2.724.777,49	10.736.000,00	8.121.000,00	7.285.500,00
MT	11.209.179,71	16.196.390,56	10.808.732,82	25.384.461,38	18.664.320,00
PA	13.096.437,35	8.838.655,56	25.196.213,84	28.446.269,00	16.976.262,50
PB	6.096.751,54	5.814.676,86	28.356.158,92	42.310.893,00	49.506.665,25
PE	18.118.963,42	22.339.412,20	36.376.885,56	29.910.709,29	25.885.555,36
PI	311.839,90	8.912.340,60	19.564.190,45	1.810.000,00	9.318.000,00
PR	15.381.521,61	14.745.950,75	28.115.810,49	34.747.271,52	12.577.977,62
RJ	45.707.930,74	40.817.386,93	60.162.730,45	109.883.244,33	31.191.100,00
RN	3.056.407,88	4.471.109,47	19.157.882,62	15.038.139,00	7.704.534,35
RO	8.502.598,24	11.798.260,42	9.943.105,72	11.104.770,01	9.987.463,62
RR	2.533.795,02	6.571.335,30	7.636.400,00	2.000.000,00	1.800.000,00
RS	15.773.257,60	20.907.415,96	31.411.046,16	43.285.898,27	20.340.208,73
SC	8.364.581,90	1.525.717,00	16.779.032,40	15.239.687,82	14.485.429,19
SE	1.897.191,20	1.251.892,00	14.606.991,92	8.702.966,00	2.282.166,70
SP	39.711.838,69	35.548.149,84	82.263.742,46	129.273.152,27	45.650.754,26
TO	1.018.445,87	535.657,39	9.252.012,95	6.288.928,34	4.361.099,54

Fonte: Siga Brasil / Senado Federal

QUADRO XX – População por estados.

UF\Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AC	390.529	417.723	418.371	632.174	646.962	660.840
AL	2.884.912	3.528.047	2.952.994	2.987.371	3.018.632	3.048.756
AM	2.216.823	2.114.277	2.367.418	3.191.287	3.262.741	3.333.083
AP	459.235	370.682	506.707	577.274	596.169	615.028
BA	13.306.960	15.769.809	13.571.189	13.704.574	13.825.883	13.942.965
CE	7.645.495	8.864.929	7.880.300	7.998.849	8.106.653	8.210.954
DF	2.142.009	1.361.833	2.241.328	2.291.475	2.337.078	2.381.565
ES	3.197.496	3.157.589	3.307.095	3.362.426	3.412.746	3.461.522
GO	5.201.969	4.523.661	5.419.182	5.528.852	5.628.592	5.725.655
MA	5.797.092	6.471.060	5.956.250	6.036.607	6.109.684	6.180.257
MG	18.325.237	21.350.531	18.799.337	19.038.693	19.256.395	19.466.432
MS	2.138.089	1.827.265	2.203.774	2.236.931	2.267.094	2.296.269
MT	2.600.685	1.756.521	2.705.972	2.759.134	2.807.482	2.854.499
PA	4.397.083	4.338.540	4.776.846	6.856.713	6.983.042	7.105.616
PB	3.492.830	4.647.599	3.546.394	3.573.432	3.598.025	3.621.613
PE	8.077.947	9.709.395	8.252.392	8.340.453	8.420.564	8.497.663
PI	2.896.005	3.668.165	2.953.632	2.982.725	3.009.190	3.034.636
PR	9.788.531	10.308.286	10.034.526	10.158.730	10.271.684	10.380.623
RJ	14.711.011	13.170.053	15.060.467	15.236.905	15.397.366	15.552.006
RN	2.849.711	3.141.696	2.929.424	2.969.671	3.006.273	3.041.629
RO	925.358	589.260	981.461	1.511.433	1.537.072	1.561.396
RR	266.273	155.115	292.731	381.447	392.255	402.929
RS	10.399.618	11.072.480	10.631.135	10.748.024	10.854.343	10.956.706
SC	5.520.781	5.504.006	5.700.493	5.791.231	5.873.749	5.953.659
SE	1.843.548	2.078.251	1.908.120	1.940.721	1.970.371	1.999.120
SP	38.131.422	31.720.680	39.332.726	39.939.195	40.490.757	41.024.597
TO	1.204.995	1.094.396	1.257.348	1.283.781	1.307.818	1.331.232

Fonte: IBGE

QUADRO XXI – Nascimentos por estados.

UF\Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AC	12.824	11.091	11.863	2.464	17.132	17.015
AL	72.028	79.335	97.021	22.827	78.269	76.975
AM	63.211	68.722	65.543	11.837	78.825	76.348
AP	13.364	13.456	10.861	2.402	17.491	17.706
BA	265.141	290.092	343.782	90.248	291.907	286.196
CE	166.853	207.193	240.240	56.896	167.176	163.754
DF	36.443	44.982	28.598	12.372	43.996	43.937
ES	54.691	62.351	61.573	19.975	61.196	61.088
GO	86.338	96.757	84.140	31.052	102.837	100.752
MA	131.158	146.666	163.718	42.289	146.690	142.967
MG	312.510	351.845	409.930	121.820	333.177	327.359
MS	36.668	43.831	37.459	12.473	42.278	41.715
MT	45.695	56.695	38.292	13.882	55.459	54.465
PA	122.513	120.480	118.876	24.601	159.761	154.325
PB	70.596	80.335	106.895	30.215	69.682	68.003
PE	154.268	172.060	206.810	70.228	160.137	157.465
PI	62.497	68.056	86.202	20.351	67.410	66.202
PR	155.682	186.961	196.888	62.515	167.619	159.211
RJ	221.223	239.789	214.672	134.038	252.933	241.739
RN	55.796	64.688	71.316	21.443	59.393	58.622
RO	23.406	23.319	14.849	5.172	32.647	31.971
RR	8.269	7.695	4.483	1.478	11.787	11.925
RS	151.121	178.873	190.447	75.162	159.071	150.875
SC	83.735	99.374	99.072	33.291	92.081	88.694
SE	41.011	46.826	52.788	12.307	44.831	44.333
SP	585.404	713.058	593.177	271.396	655.003	635.705
TO	26.339	34.463	31.300	7.041	28.757	27.987

Fonte: IBGE

QUADRO XXII – Deflatores.

<b>IPCA</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Anual	12,53%	9,30%	7,60%	5,69%	3,14%
Acumulado até 2006	44,27%	28,20%	17,29%	9,01%	3,14%

Fonte: IBGE