ENTRE O RECURSO E O CUIDADO: EMENDAS PARLAMENTARES NA SAÚDE PÚBLICA E OS DESAFIOS MUNICIPAIS DE RASTREABILIDADE, TRANSPARÊNCIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

Silvana Aparecida Domingues Arantes[1]
Maísa Domingues Arantes

INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, concretizado por um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado. Os municípios executam parcela relevante da Atenção Primária à Saúde (APS), mantêm unidades, equipes, assistência farmacêutica e transporte sanitário, mas enfrentam restrições fiscais, dependência de transferências e capacidades administrativas desiguais.

Nesse cenário, as emendas parlamentares ganharam importância. Entre 2016 e 2021, mais de 80% das transferências federais em saúde decorrentes de emendas foram destinadas aos municípios e corresponderam a 9,5% dos repasses federais ao SUS, com predominância de custeio (SILVA et al., 2024). Entre 2014 e 2023, as despesas federais de saúde financiadas por emendas cresceram 371% (VIEIRA, 2024). A expansão amplia a capacidade de resposta local, mas suscita problemas de equidade territorial, regionalização, transparência e efetividade (VIEIRA, 2026).

A emenda não constitui receita livre. Sua utilização deve corresponder ao objeto, ao bloco de financiamento, à programação de saúde e à classificação orçamentária; requer movimentação rastreável, instrução dos processos de contratação e pagamento e registro no planejamento, monitoramento e prestação de contas. Mesmo uma despesa materialmente ligada à saúde pode ser irregular quando não se demonstra o nexo entre recurso, objeto, credor, pagamento e resultado.

A Constituição Federal, a Lei Complementar nº 210/2024, a Lei Complementar nº 141/2012, as portarias do Ministério da Saúde e as decisões do Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 854 elevaram as exigências de individualização, publicidade e rastreabilidade. A literatura também aponta instabilidade alocativa, variação per capita, efeitos sobre o financiamento municipal da APS e limitações de qualidade das informações públicas (SILVA et al., 2024; ULINSKI et al., 2024; CAVALCANTI; VIEIRA, 2025).

[1] Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Unidade Campanha; mestra em Administração; bacharela em Administração e Ciências Contábeis.

O artigo responde à questão: quais dificuldades municipais favorecem irregularidades na execução de emendas destinadas à saúde? Analisa-se um estudo de caso, distinguem-se emendas individuais, de bancada e de comissão, esclarecem-se o limite municipal de 1,55% da receita corrente líquida (RCL) e a reserva de 50% para a saúde, e discutem-se falhas de rastreabilidade, classificação, transparência, planejamento e comprovação. Sustenta-se que a distância entre receber o recurso e convertê-lo regularmente em cuidado decorre, sobretudo, da fragmentação de responsabilidades e de controles insuficientes.

METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa, descritiva e exploratória, baseada em revisão bibliográfica e análise documental de caso único. O corpus principal reúne ofício de encaminhamento e relatório final de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, emitido em 2026, sobre emenda de bancada destinada ao custeio temporário da APS e executada entre 2024 e 2025 (BRASIL, 2026).

Para preservar o ente, adotou-se o nome fictício Município de Aurora Mineira. Foram suprimidos número da auditoria, códigos da emenda e da proposta, dados bancários, nomes de agentes e fornecedores e demais elementos identificadores. Mantiveram-se apenas valores globais e quantitativos indispensáveis à análise. A escolha do nome fictício preserva o município sem alterar o conteúdo técnico do estudo.

A interpretação considerou a Constituição, as Leis Complementares nº 101/2000, nº 141/2012 e nº 210/2024, as Leis nº 4.320/1964, nº 12.527/2011 e nº 14.133/2021, a Portaria GM/MS nº 3.283/2024, a ADPF nº 854 e literatura recente. Os dados foram agrupados em seis categorias: segregação financeira; classificação contábil; comprovação da despesa; transparência; planejamento do SUS; e controles interno e social. Calcularam-se as proporções de valores comprovados e não comprovados e de processos com divergências. O estudo não pretende generalização estatística, mas identifica riscos replicáveis em municípios semelhantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

As emendas parlamentares no financiamento do SUS

As emendas permitem ao Legislativo direcionar dotações a políticas, territórios e beneficiários. No SUS, financiam custeio ou investimento quando o objeto é ação ou serviço público de saúde e respeita o programa, o bloco e a modalidade de transferência. O instrumento atende demandas locais, mas pode fragmentar a alocação e dificultar sua compatibilização com

critérios epidemiológicos e redes regionalizadas. A literatura aponta instabilidade e elevada variação per capita entre municípios (SILVA et al., 2024; VIEIRA, 2024).

Recursos temporários não devem sustentar despesas permanentes sem avaliação de continuidade. Embora aliviem pressões imediatas, podem induzir dependência, substituição de recursos próprios ou descontinuidade. Ulinski et al. (2024) identificaram associação entre emendas e mudanças na alocação municipal para a APS, reforçando que a análise deve abranger a interação do repasse com o planejamento e o esforço fiscal local.

Emendas individuais, de bancada e de comissão

A Lei Complementar nº 210/2024 disciplina três espécies federais. As emendas individuais são apresentadas por deputado ou senador e têm execução obrigatória, salvo impedimento técnico. Quando transferidas a entes subnacionais, podem ser especiais ou com finalidade definida (art. 166-A da Constituição). A primeira confere maior flexibilidade, sem afastar plano de trabalho, publicidade e controle; a segunda vincula o recurso à programação e ao objeto indicados (BRASIL, 1988; BRASIL, 2024b).

As emendas de bancada são coletivas, formuladas por bancadas estaduais ou distrital, e possuem execução obrigatória até 1% da RCL federal anterior. Devem apoiar ações estruturantes ou prioritárias, sem fragmentação para indicações individuais. A saúde é prioritária, e a transferência a fundos municipais exige objeto preciso e interesse estadual ou regional.

As emendas de comissão partem de comissões permanentes da Câmara, do Senado ou do Congresso e financiam ações nacionais ou regionais com objeto identificado. Não possuem, em regra, a mesma garantia constitucional das individuais e de bancada. A Lei Complementar nº 210/2024 vincula no mínimo 50% de sua destinação global a ações e serviços públicos de saúde.

A modalidade repercute no autor, na impositividade, na classificação e na prestação de contas. Misturar emendas de comissão e de bancada compromete a trilha de auditoria. Desde o ingresso, o município deve registrar tipo, exercício, autor, proposta, objeto, ação, bloco, fonte, conta e prazos.

O limite de 1,55% da receita corrente líquida

No orçamento da União, o art. 166, §§ 9º e 9º-A, da Constituição fixa em 2% da RCL anterior o limite global das emendas individuais: 1,55% para deputados e 0,45% para senadores. Metade do limite global deve financiar ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

Esse 1,55% não limita quanto cada município pode receber: é a parcela federal atribuída ao conjunto dos deputados. Na União, a reserva sanitária equivale a 1% da RCL federal; pode financiar custeio, mas não pessoal ou encargos sociais.

No âmbito das emendas impositivas locais, a estrutura é distinta porque a Câmara Municipal é unicameral. O Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG), no Ofício Circular nº 9.786/2026, determinou aos municípios a adequação ao parâmetro máximo de 1,55% da RCL do exercício anterior ao encaminhamento do projeto de LOA. O fundamento é a simetria constitucional: os vereadores correspondem funcionalmente à Câmara dos Deputados, não ao Congresso Nacional bicameral, de modo que a parcela federal de 0,45% reservada aos senadores não pode ser reproduzida no município (MINAS GERAIS, 2026a).

A execução obrigatória depende de previsão expressa na Lei Orgânica Municipal; a LOA, isoladamente, não a institui (MINAS GERAIS, 2026a; MINAS GERAIS, 2026b). Se a Lei Orgânica fixar 2%, deve ser emendada para substituí-lo por 1,55%, pois LDO e LOA não podem contrariar norma orgânica.

Com base orgânica válida, a LDO pode estabelecer os 1,55% para o exercício, a base de cálculo, a divisão entre vereadores, os prazos, os impedimentos, o remanejamento e a reserva para a saúde. A LOA fixa o valor em reais e individualiza as programações: a Lei Orgânica institui o regime, a LDO o orienta e a LOA autoriza as dotações.

O projeto de LOA pode conter dotação global de 1,55% da RCL denominada, por exemplo, “Reserva de Emenda Parlamentar Individual”, como fonte de anulação para acolher as emendas. Após a aprovação, o valor deve ser desdobrado nas ações, unidades, classificações e beneficiários indicados, com identificadores rastreáveis. A reserva genérica não substitui objeto, plano de trabalho e dotação específica.

Quais emendas devem destinar 50% à saúde

A reserva de 50% para ações e serviços públicos de saúde alcança as emendas individuais. No município que adote o modelo impositivo por simetria, metade da quota de 1,55% corresponde a 0,775% da RCL. A vinculação incide sobre o montante global disponível, salvo regra local mais restritiva que exija a divisão em cada quota ou emenda.

No orçamento federal, as emendas de comissão também destinam no mínimo 50% do montante global à saúde (art. 4º, § 4º, da Lei Complementar nº 210/2024). A regra federal não cria automaticamente emenda municipal de comissão; eventual reprodução local depende da Lei Orgânica e do modelo constitucional.

As emendas de bancada não estão sujeitas a regra geral de 50%. A saúde é prioritária nas bancadas federais, mas prioridade não equivale à vinculação de metade. Logo, a obrigação alcança as emendas individuais e, no plano federal, as de comissão; para bancada, somente norma específica pode instituí-la.

Governança, planejamento e rastreabilidade no nível municipal

A conformidade começa antes do pagamento. O objeto deve ser compatível com o Plano Municipal de Saúde, a PAS, o PPA, a LDO e a LOA; receita e despesa exigem classificação adequada e, se necessário, crédito adicional. A execução deve constar do RDQA e do RAG submetido ao Conselho de Saúde, conforme a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012).

A rastreabilidade requer conta individualizada quando exigida, conciliação e identificação da emenda em empenhos, liquidações, ordens de pagamento e comprovantes. A fonte contábil não substitui os códigos da emenda e da proposta. Saldo bancário suficiente tampouco prova qual recurso financiou a despesa: a trilha deve permitir reconstrução independente.

O portal municipal deve individualizar recebimento, modalidade, autor, proposta, objeto, valor, conta, contratações, credores, pagamentos, execução física, prestação de contas e saldo. A publicação agregada por função ou fonte não satisfaz a transparência exigida pela LRF e pela Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011).

O controle interno deve designar responsáveis, adotar checklist e integrar saúde, planejamento, contabilidade, tesouraria, compras, contratos e transparência. Sem coordenação, cada setor mantém apenas parte do registro e o conjunto não forma prova completa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do caso de Aurora Mineira

O Município de Aurora Mineira, denominação fictícia, recebeu em dezembro de 2024 uma emenda de bancada no valor de R$ 200.000,00, destinada ao incremento temporário do custeio da Atenção Primária à Saúde. O recurso ingressou em conta geral de custeio do Fundo Municipal de Saúde e foi executado ao longo de 2025. A auditoria federal, realizada em 2026, examinou a regularidade do objeto, a execução físico-financeira, a transparência ativa e os instrumentos de monitoramento e prestação de contas (BRASIL, 2026).

Embora a finalidade geral estivesse vinculada à atenção básica, a auditoria concluiu que a gestão não demonstrou de forma integral a regularidade da aplicação. Foram identificadas seis não conformidades centrais: uso de conta bancária não específica; execução após o início

da vedação de movimentação em conta genérica; ausência de rastreabilidade suficiente; classificação inadequada de outra emenda que compartilhava a mesma conta; falta de divulgação individualizada; e omissão da emenda nos instrumentos formais de planejamento e prestação de contas do SUS.

Conta não específica e execução no período de impedimento

O primeiro achado foi a manutenção dos R$ 200.000,00 na conta geral de custeio, utilizada simultaneamente para transferências de assistência farmacêutica, vigilância em saúde, atenção primária, atenção especializada e outra emenda parlamentar. A mistura de ingressos e saídas eliminou a possibilidade de estabelecer relação automática entre cada débito e a emenda de bancada. Mesmo que o sistema contábil registrasse uma fonte associada a emendas, os extratos bancários não isolavam o recurso nem identificavam integralmente os destinatários finais.

A situação tornou-se mais grave porque o Fundo Nacional de Saúde providenciou conta específica para a emenda no final de 2024, mas o município não transferiu o saldo. Orientação oficial estabeleceu que, até 10 de janeiro de 2025, seria admitida a movimentação dos valores já depositados em fundos de saúde sem conta individualizada; a partir de 11 de janeiro, a execução somente poderia ocorrer em conta própria para cada emenda (BRASIL, 2024d). Os pagamentos de Aurora Mineira ocorreram posteriormente, na conta genérica, configurando descumprimento da determinação de rastreabilidade associada à ADPF nº 854.

Classificação inadequada e perda do nexo financeiro

A conta geral também continha recursos de uma emenda de comissão recebida anteriormente. O município registrou essa receita na mesma fonte utilizada para emenda de bancada, contrariando a diferenciação contábil entre as modalidades. O erro aumentou artificialmente o saldo que a defesa municipal pretendia considerar na comprovação da emenda auditada e impediu que o razão bancário, por si só, demonstrasse a origem de cada pagamento.

A auditoria constatou que os processos de pagamento traziam a fonte de recursos referente a emendas de bancada, mas não continham o número da emenda nem o código da proposta. A administração apresentou planilha elaborada em 2026 para relacionar pagamentos realizados em 2025. Esse controle tardio não substituiu a identificação contemporânea nos documentos de empenho, liquidação, ordem de pagamento e extrato. A trilha de auditoria deve nascer junto com a despesa; sua reconstrução posterior é vulnerável a erros, duplicidades e associações sem suporte documental.

Comprovação da despesa e proposição de devolução

Para sustentar a execução, o município apresentou razão bancário, extratos, processos de pagamento e uma relação analítica. Após cruzar os documentos, a auditoria verificou que, entre 79 processos examinados, 20 apresentavam divergências entre os valores constantes dos processos e os débitos efetivamente realizados na conta bancária. Assim, aproximadamente 25,32% dos processos analisados continham inconsistências financeiras relevantes. Também houve caso em que o valor informado em planilha era inferior ao efetivamente pago e processos que não reuniam documentação suficiente para justificar a totalidade das transferências.

Do total de R$ 200.000,00 transferido, a auditoria reconheceu aplicação regular de R$ 130.029,91, equivalente a 65,01%. Permaneceram sem comprovação R$ 69.970,09, ou 34,99% do recurso, e foi proposta a devolução desse montante ao Fundo Nacional de Saúde, com atualização. A gestão havia admitido valor menor a restituir, mas sua memória de cálculo utilizava recursos de outra emenda e não solucionava as divergências dos processos de pagamento. O caso demonstra que a ausência de prova suficiente pode gerar obrigação de recomposição mesmo sem prova conclusiva de desvio para finalidade privada.

Transparência ativa, planejamento e controle social

A auditoria não localizou no portal municipal informações claras, acessíveis e completas sobre o recebimento e a execução da emenda. A alegação de que receitas e despesas estavam publicadas de forma consolidada não foi aceita, pois a consulta não permitia individualizar a emenda, o objeto, os pagamentos ou os beneficiários. Esse achado converge com Cavalcanti e Vieira (2025), para quem a qualidade da informação sobre emendas em saúde ainda apresenta deficiências relevantes. Transparência não se resume a disponibilizar grandes bases de dados; exige organização que permita localizar, compreender e relacionar as informações.

Também não houve registro da execução físico-financeira da emenda nos RDQA de 2024 e 2025 nem no RAG de 2024. A gestão sustentou que os relatórios poderiam apresentar dados consolidados, mas a auditoria concluiu que a individualização era necessária para demonstrar a origem, o objeto e o valor. A omissão comprometeu a prestação de contas perante o Conselho Municipal de Saúde e dificultou o acompanhamento institucional do recurso.

A emenda tampouco foi formalmente incorporada à PAS de 2024 ou de 2025. Ainda que existisse dotação genérica para despesas de atenção primária, não foram identificados objeto, metas, valores e indicadores relacionados ao repasse. A programação sanitária e a autorização orçamentária possuem funções complementares: a LOA viabiliza juridicamente a despesa, enquanto a PAS explicita como os recursos apoiarão objetivos e metas de saúde. A

existência de uma dotação não substitui a necessidade de integrar a transferência extraordinária ao planejamento setorial.

Por fim, o Conselho Municipal de Saúde não recebeu comunicação formal sobre a emenda e reconheceu não ter monitorado sua aplicação. A falha reduz a participação social prevista na governança do SUS e elimina uma instância capaz de questionar, em tempo oportuno, a ausência de registro na PAS e no RAG. Em municípios pequenos, conselhos podem enfrentar limitações técnicas; por isso, a secretaria deve fornecer demonstrativos compreensíveis, capacitação e acesso aos processos, sem transferir ao colegiado a responsabilidade executiva que pertence ao gestor.

Principais dificuldades dos municípios e medidas preventivas

Os achados de Aurora Mineira permitem identificar dificuldades que ultrapassam o caso. A primeira é a capacidade administrativa reduzida. Em estruturas pequenas, poucos servidores acumulam contabilidade, tesouraria, compras, contratos, planejamento e prestação de contas. Mudanças anuais de portarias e sistemas aumentam o risco de que uma exigência seja conhecida por um setor e ignorada por outro. A rotatividade de secretários e técnicos também enfraquece a memória institucional e favorece controles paralelos em planilhas sem validação.

A segunda dificuldade é a fragmentação informacional. O ciclo da emenda percorre plataformas federais, sistema contábil, banco, portal da transparência, processo de contratação e DigiSUS. Sem chave única de identificação e responsável por consolidar o dossiê, cada sistema contém apenas parte da história. A solução requer cadastro mestre de emendas e pasta eletrônica única, atualizada desde a indicação até a aprovação do RAG, com alertas de prazo e documentos mínimos.

A terceira é o descompasso entre urgência assistencial e tempo administrativo. A pressão para utilizar rapidamente o recurso pode levar a pagamentos antes da adequação da PAS, da abertura de crédito, da conta específica ou do controle auxiliar. A execução célere não autoriza suprimir etapas. Um fluxo preventivo deve bloquear o uso até que estejam confirmados: objeto financiável; conta correta; disponibilidade orçamentária; fonte e modalidade; inclusão no planejamento; processo de contratação; definição de metas; e forma de prestação de contas.

A quarta dificuldade é distinguir irregularidade formal sanável de falha que impede comprovar o gasto. Uma publicação tardia pode ser corrigida, embora permaneça o registro da intempestividade; já a ausência de documentos de liquidação ou a impossibilidade de vincular

débito e despesa pode tornar o prejuízo insuperável. O controle interno deve classificar os riscos por gravidade e agir antes que a falha documental se torne irreversível.

Como medidas preventivas, recomenda-se instituir governança municipal de emendas com responsável formal e participação das áreas de saúde, planejamento, contabilidade, tesouraria, licitações, contratos, transparência e controle interno; criar cadastro individual por emenda; realizar conciliação bancária mensal e conferência por proposta; adotar conta específica sempre que exigida; registrar o identificador da emenda em todas as fases da despesa; incorporar objeto, valor, meta e indicador à PAS; informar o Conselho de Saúde; evidenciar a execução no RDQA e no RAG; e manter página própria no portal da transparência.

Também é recomendável uma revisão de encerramento do exercício. Antes de 31 de dezembro, a equipe deve verificar saldos, rendimentos, restos a pagar, metas físicas, documentos pendentes, necessidade de reprogramação e registros no DigiSUS. Ao final da execução, deve ser produzido relatório de conformidade assinado pelas áreas responsáveis, demonstrando a cadeia completa da receita à entrega. Essa prática reduz a dependência de reconstruções posteriores e fortalece a defesa do município em auditorias.

O aprendizado central do caso é que captar emenda sem ampliar a capacidade de governança pode converter oportunidade financeira em passivo. A gestão eficiente não é medida apenas pela velocidade de gastar, mas pela capacidade de transformar o recurso em serviço de saúde com prova verificável, transparência e coerência com as necessidades da população. A emenda deve complementar o planejamento do SUS, e não criar circuito orçamentário paralelo orientado apenas pela disponibilidade momentânea do repasse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emendas parlamentares constituem fonte relevante de financiamento da saúde pública e podem ampliar a resposta municipal em áreas pressionadas por insuficiência de recursos. Entretanto, sua execução exige padrão de governança superior ao de uma transferência genérica, porque cada valor deve permanecer vinculado à modalidade, ao objeto, à proposta, à conta, à classificação, ao processo de despesa, ao planejamento sanitário e à prestação de contas. A execução obrigatória de determinadas emendas não elimina impedimentos técnicos nem reduz o dever de controle do ente beneficiário.

O estudo esclareceu que as emendas individuais, de bancada e de comissão possuem fundamentos e exigências distintos. No orçamento federal, o limite global de 2% das emendas individuais reparte-se em 1,55% para deputados e 0,45% para senadores. Para o regime municipal impositivo, o TCEMG orienta a observância do teto de 1,55% da RCL, em razão do

caráter unicameral das câmaras municipais. Se a Lei Orgânica local ainda estabelecer 2%, é necessária sua alteração; com a base orgânica adequada, a LDO pode disciplinar o percentual e a LOA fixar o valor, inclusive mediante dotação global denominada “Reserva de Emenda Parlamentar Individual”, posteriormente desdobrada nas programações específicas.

A vinculação mínima de 50% à saúde alcança as emendas individuais e, no âmbito federal, as emendas de comissão. No município, metade da quota individual de 1,55% equivale a 0,775% da RCL de referência. Não existe regra geral equivalente para as emendas de bancada, embora a saúde seja reconhecida como área prioritária; eventual obrigação depende de norma específica. Essa distinção evita estender indevidamente a todas as modalidades uma vinculação que o ordenamento atribui apenas a hipóteses determinadas.

No caso de Aurora Mineira, nome fictício adotado para preservar a identidade do município, a falta de conta específica, a mistura de recursos, a classificação incorreta, a documentação insuficiente, as divergências em processos de pagamento, a ausência de transparência individualizada e a omissão nos instrumentos do SUS impediram comprovar integralmente a aplicação. Dos R$ 200.000,00 recebidos, 34,99% foram considerados não comprovados, com proposição de devolução. O resultado evidencia que a finalidade pública alegada não substitui o nexo documental exigido pela contabilidade, pelo direito financeiro e pelo controle externo.

Os principais desafios municipais são a baixa capacidade técnica, a fragmentação entre setores e sistemas, a atualização normativa insuficiente, a pressão por execução rápida, a fragilidade da conciliação bancária e a participação limitada do controle interno e do Conselho de Saúde. Enfrentá-los requer cadastro único da emenda, segregação financeira, checklist preventivo, identificação em todas as fases da despesa, integração à PAS, ao RDQA e ao RAG, transparência ativa e revisão periódica do dossiê.

Como limitação, o estudo analisou um único caso e documentos produzidos no âmbito de auditoria, sem entrevistas com os agentes envolvidos. Pesquisas futuras podem comparar municípios de diferentes portes, modalidades de emenda e resultados de auditorias, investigando a relação entre capacidade administrativa, qualidade da prestação de contas e efetividade sanitária. Ainda assim, o caso oferece lição aplicável: entre a liberação do recurso e a produção do cuidado existe uma cadeia de governança, e qualquer elo não documentado pode comprometer todo o investimento.

Palavras-chave: Emendas parlamentares; Saúde pública; Gestão municipal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre valores mínimos, critérios de rateio, fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1º abr. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.283, de 7 de março de 2024. Dispõe sobre as regras para as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde relativas a emendas parlamentares destinadas ao SUS em 2024. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 11 mar. 2024a.

BRASIL. Lei Complementar nº 210, de 25 de novembro de 2024. Dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na lei orçamentária anual. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 nov. 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp210.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 854/DF. Decisões sobre transparência, rastreabilidade e execução de emendas parlamentares. Relator: Min. Flávio Dino. Brasília, DF, 2024c.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Orientações para abertura de contas específicas em atendimento à ADPF nº 854. Brasília, DF, 26 dez. 2024d. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/orientacoes-para-abertura-de-contas-especificas-em-atendimento-a-adpf-no-854/. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório final de auditoria sobre emenda parlamentar destinada ao custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2026. 30 p. Documento analisado com identificação do município e demais dados individualizadores suprimidos para fins acadêmicos.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Ofício Circular nº 9.786/2026. Determinação para adequação às normas de transparência, rastreabilidade e execução das emendas parlamentares impositivas. Belo Horizonte: TCEMG, 15 maio 2026a. Disponível em: https://tcnotas.tce.mg.gov.br/TCJuris/Nota/BuscarArquivo/4632659. Acesso em: 2 set. 2026.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Consulta nº 1208032: exigência de plano de trabalho em emendas parlamentares impositivas. Tribunal Pleno. Relator: Conselheiro em exercício Adonias Monteiro. Sessão de 8 jul. 2026. Informativo de Jurisprudência, n. 334, Belo Horizonte, 2026b. Disponível em: https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111629019. Acesso em: 2 set. 2026.

CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualidade da informação sobre recursos federais alocados por emendas parlamentares à saúde (2014-2024). Brasília, DF: Ipea, 2025. 46 p. (Texto para Discussão, n. 3150). DOI: https://doi.org/10.38116/td3150-port.

SILVA, André Schimidt da; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; VIEIRA, Fabiola Sulpino; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e03152024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03152024.

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco; CARVALHO, Brígida Gimenez; VIEIRA, Fabiola Sulpino; RODRIGUES, Renne; LIMA, Luciana Dias de. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, e00007323, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde. Brasília, DF: Ipea, 2024. 52 p. (Texto para Discussão, n. 3048). DOI: https://doi.org/10.38116/td3048-port.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Emendas parlamentares ao orçamento federal do Sistema Único de Saúde (2014-2025). In: VIEIRA, Fabiola Sulpino; NASCIMENTO, Paulo Meyer; RIBEIRO, José Aparecido Carlos (org.). Emendas parlamentares em políticas sociais. Brasília, DF: Ipea, 2026. p. 83-115. DOI: https://doi.org/10.38116/978-65-5635-106-3/cap3.