

Boletim Radar+SUS nº 09/2026

Emendas Parlamentares (EPs) de investimento em saúde: sem equidade e com critérios de alocação difusos

Este boletim é uma iniciativa do *Radar Mais SUS*, um projeto dedicado à produção de indicadores e ao monitoramento de temas estratégicos da Agenda Mais SUS, com potencial de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a qualificação do debate público. A Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, criada com o objetivo de contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde no Brasil por meio de propostas concretas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Saiba mais em: www.agendamaissus.org.br.

Resumo

- Este boletim buscou caracterizar qual o perfil dos municípios brasileiros que receberam Emendas Parlamentares (EPs) de investimento em saúde entre 2023 e 2025, e para qual finalidade elas têm sido destinadas;
- A Região Centro-Oeste apresentou a maior proporção de municípios beneficiados por EPs de investimento. Entre seus 467 municípios, 85% receberam algum recurso dessa natureza no período analisado, independentemente do porte populacional;
- Nos municípios com até 10 mil habitantes, maiores volumes de EPs de investimento per capita estiveram associados a maiores gastos com recursos próprios em saúde. Embora não seja possível identificar causalidade, esses resultados podem sugerir que, nesse grupo, as EPs de investimento não necessariamente estão sendo direcionadas para municípios com menor capacidade financeira;
- Entre os equipamentos financiados por EPs individuais de investimento em saúde no ano de 2025, itens de infraestrutura e materiais de escritório representaram cerca de 6 em cada 10 equipamentos adquiridos tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto na Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA).

1. Contexto

Nos últimos anos, as Emendas Parlamentares (EPs) destinadas à saúde têm apresentado mudanças em sua trajetória sobre o financiamento do SUS. Até 2016, as EPs eram indicadas majoritariamente para investimentos, contribuindo tanto para a aquisição de máquinas e equipamentos de saúde como construções de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse ano de 2016, de cada R\$ 100 destinados em EPs à saúde, R\$ 64 foram para investimento.

A partir desse período, houve uma inflexão nessa composição, com os parlamentares direcionando cada vez mais recursos para despesas correntes do SUS (Nobre, Rodrigues e Semente, 2024), cobrindo essencialmente manutenção dos serviços em detrimento da expansão ou renovação da capacidade instalada do setor. Em 2024, somente R\$ 10 de cada R\$ 100 em EPs foram para expansão da infraestrutura do SUS.

Embora representem uma parcela pequena do gasto discricionário em saúde, em especial, ao orçamento total de EPs para o SUS, os recursos de EPs de investimento representam uma fonte de receita importante para que estados e municípios expandam suas capacidades instaladas e oferta de serviços de saúde em seus territórios. Nesse mesmo ano de 2024, dos R\$10,3 bilhões de recursos de investimentos para o SUS, mais de um quinto (22%) foram oriundos de EPs¹.

¹Em valores reais de dezembro de 2024. Em 2023, essa participação relativa foi de 45%, chegando a 77% em 2020, período de início da pandemia de COVID-19. Ver mais em Nobre e Faria (2023).

Apesar desse quadro, é pouco sabido o perfil demográfico e de capacidade financeira dos municípios brasileiros que recebem esses recursos. Além disso, mais do que para quais territórios, as EPs de investimento são destinadas, também é pouco claro quais têm sido os principais objetos financiados por meio dessas EPs. Nesse sentido, este boletim busca preencher duas lacunas: i) caracterizar qual o perfil dos municípios brasileiros que receberam esses recursos nos últimos três anos; e ii) identificar a finalidade programática dessas emendas, isto é, quais são os equipamentos custeados através desses recursos.

2. Metodologia

Para caracterizar como as EPs de investimento têm sido destinadas, analisamos o montante empenhado, per capita, de todas as modalidades de EPs (individuais, bancada, comissão e relatoria) destinadas a investimentos em saúde, no acumulado de 2023 a 2025, segundo diferentes características demográficas, socioeconômicas e de saúde dos municípios brasileiros.

Foram analisados os valores repassados de EPs de investimento per capita, calculados a partir da razão entre a soma dos recursos empenhados de 2023 a 2025 para cada município e o tamanho médio da sua população no período. Utilizamos o valor acumulado dos investimentos nos três anos em razão desse grupo de despesa não seguir uma lógica de indicação de maior regularidade.

Classificamos os municípios que receberam recursos via EP conforme sua distribuição segundo o porte populacional² em três grupos: I) municípios com até 10.000 habitantes; II) acima de 10.000 até 50.000 habitantes; e III) acima de 50.000 habitantes.

Para analisar a capacidade financeira e de oferta de serviços de saúde dos municípios, utilizamos quatro indicadores: I) gasto com recursos próprios, per capita, em saúde; II) número de médicos para cada 1.000 habitantes, padronizado por carga horária; III) percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado³ e IV) número de atendimentos individuais na APS para cada 1.000 habitantes.

Por fim, para identificação de quais foram os equipamentos custeados com esses recursos, utilizamos as informações da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (RENEM)⁴. Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2025, por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A descrição de cada uma das variáveis mencionadas, sua metodologia de cálculo e fonte dos dados, podem ser encontradas no Quadro A1, localizado no Apêndice no final deste documento.

3. Resultados

a) Municípios do Centro-Oeste são os que mais receberam EP de investimento entre 2023 e 2025

Entre 2023 e 2025, cerca de 70% (3.871) dos 5.570 municípios brasileiros receberam recursos de EPs de investimento em saúde em algum dos anos desse triênio. Entre os municípios que menos receberam recursos, estão os municípios de Paulista (PE) e Maracanaú (CE). Nesse período, ambos receberam somente R\$0,40 per capita. Inversamente, Praia Norte (TO) recebeu R\$1.577 per capita, dezessete vezes mais que a média nacional

²O IBGE comumente classifica os municípios segundo o tamanho da população residente em quatro categorias: I) Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes), II) Pequeno Porte II (20.001 até 50.000 habitantes), III) Médio Porte (50.001 até 100.000 habitantes) e IV) Grande Porte (acima de 100 mil habitantes). No entanto, como mais de 70% deles são de pequeno porte (de 0 até 50.000 habitantes), analisá-los todos em um mesmo grupo poderia esconder diferenças importantes entre eles que não seriam possíveis de detectar nas classificações usuais.

³Por pré-natal adequado, é considerado o percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de acompanhamento de pré-natal, sendo a primeira com início anterior ao terceiro mês de gravidez. Ver mais [aqui](#).

⁴Ver mais [aqui](#).

(R\$89,07), correspondendo ao município com maior volume de recursos de EPs de investimento em saúde por habitante nesse período.

Considerando o número de municípios de cada uma das regiões brasileiras, nota-se que a região Centro-Oeste foi a maior beneficiária. Dos 467 municípios existentes na região, 399 (85%) receberam alguma emenda de investimento ao longo desse período. Em seguida, os municípios do Sul (76%) e Sudeste (73%) foram o segundo e terceiro mais contemplados, enquanto Norte e Nordeste figuram nas últimas posições, com 63% e 59% de seus municípios contemplados, respectivamente.

O caso da região Norte merece atenção especial. Isso porque, por ser uma das regiões cujos municípios são altamente dependentes dos repasses da União (Nobre et al., 2024) para execução de seus serviços públicos, seria esperado que uma parcela maior desse grupo também recebesse mais EPs de investimento. Em 2023, 13 das 16 capitais da região apresentaram como principal fonte de recursos as transferências constitucionais da União, respondendo por mais da metade da composição de suas receitas públicas⁵.

Em relação ao porte populacional, municípios com mais de 50 mil habitantes foram os principais beneficiários desses recursos: 84% deles (577 dos 682 existentes) receberam alguma EP de investimento no período. Entre os municípios de 10 mil a 50 mil habitantes, esse percentual foi de 70% (1.689 de 2.419), enquanto nos municípios com até 10 mil habitantes chegou a 65% (1.605 de 2.469). Os municípios do Centro-Oeste foram os mais beneficiados independentemente do porte populacional.

Tabela 1. Número de municípios que receberam EPs de investimento nos últimos três anos e total de municípios, por região e porte populacional (2023–2025)

Região	< 10.000 hab		> 10.000 até 50.000 hab		> 50.000 hab		Total municípios	
	Beneficiados	Total	Beneficiados	Total	Beneficiados	Total	Beneficiados	Total
Brasil	1605 (65%)	2469	1689 (70%)	2419	577 (84%)	682	3871 (70%)	5570
Norte	101 (64%)	157	135 (61%)	221	48 (66%)	72	284 (63%)	450
Nordeste	369 (61%)	604	553 (55%)	1005	142 (77%)	185	1064 (59%)	1794
Centro-Oeste	193 (80%)	242	163 (92%)	178	43 (91%)	47	399 (85%)	467
Sudeste	462 (60%)	768	519 (81%)	641	239 (92%)	259	1220 (73%)	1668
Sul	480 (69%)	698	319 (85%)	374	105 (88%)	119	904 (76%)	1191

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS) e RIPSa-IBGE.

b) A alocação das EPs de investimento não segue padrões claros de equidade

Após a identificação do perfil sociodemográfico dos municípios que receberam EPs de investimento em saúde, duas outras perguntas a serem feitas são: se parlamentares destinam recursos adicionais para manutenção das ações implementadas originadas dessas EPs de investimento a esses municípios, e se essas EPs de investimento tendem a seguir critérios de equidade no momento de suas respectivas indicações⁶.

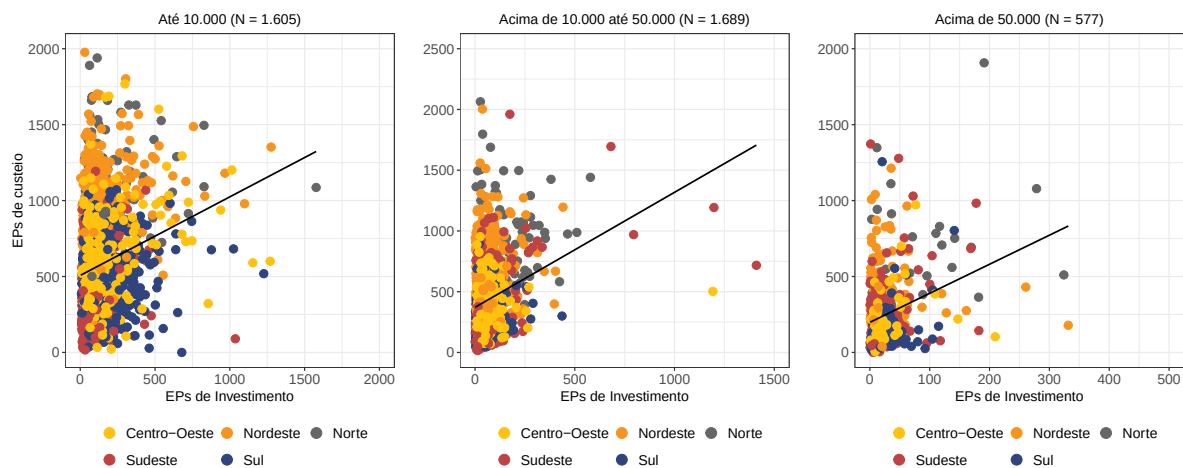
Para tentar identificar essas associações, realizamos dois exercícios. O primeiro deles busca analisar a correlação entre o volume de EPs de investimento per capita em saúde e os recursos de EPs de custeio destinados à área. Conforme apresentado na figura 1, nota-se uma associação positiva entre esses dois indicadores. Ou seja, mais EPs de investimento per capita em saúde estão associadas a mais EPs de custeio destinadas à área nesses territórios. Esse padrão se mantém independentemente do porte populacional dos municípios beneficiados, sinalizando que municípios contemplados com mais recursos de EPs de investimento tendem também

⁵Ver mais em Nobre et al. (2024).

⁶Um exemplo disso decorre de quando um parlamentar destina recursos para compra de um tomógrafo, mas o município não possui capacidade financeira e estrutura física para operar esse equipamento. Dessa forma, seria esperado que parlamentares também destinassem EPs de custeio para apoiar a manutenção desse serviço. Já, no que diz respeito aos critérios de equidade, a expectativa seria de que essas EPs fossem destinadas para municípios mais vulneráveis, com menor capacidade de custear seus serviços de saúde.

a receber EPs de custeio.

Figura 1. Relação entre Emendas de Investimento versus Emendas de Custeio per capita em saúde, segundo porte populacional e Grandes Regiões, acumulado de 2023 a 2025

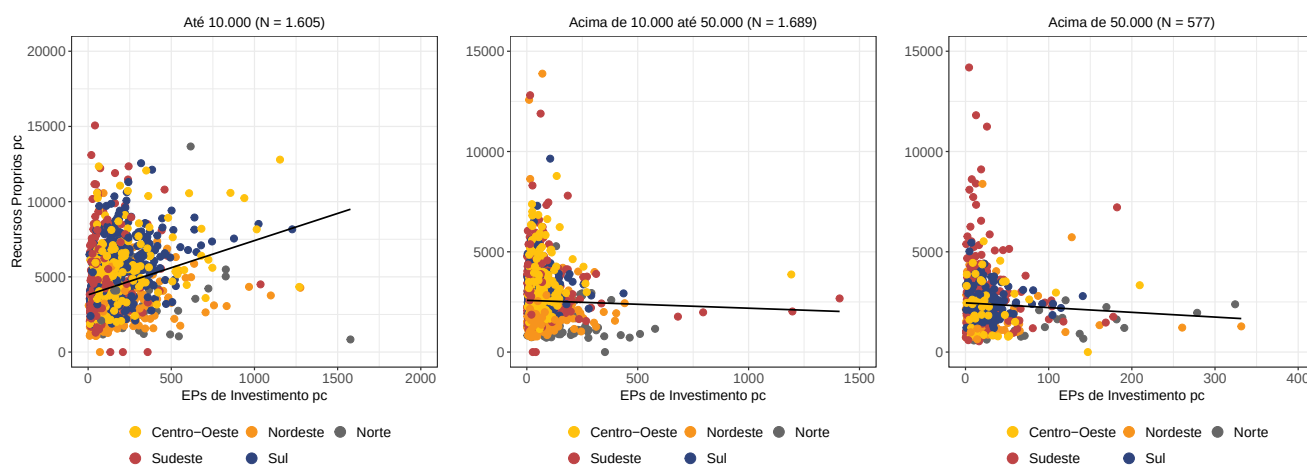


Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS) e RIPSA-IBGE.

O segundo exercício envolve análise similar, mas comparando as EPs de investimento aos gastos dos recursos próprios per capita em saúde desse mesmo grupo de municípios. Nestas análises, seria esperado que as EPs de investimento em saúde fossem direcionadas a municípios com menor gasto per capita com receita própria em saúde. Isso porque, por gasto com recursos próprios estar associados à capacidade fiscal do município, municípios menores tenderiam a ser mais dependentes de transferências intergovernamentais (Cruz, Barros e Souza, 2022), sendo as EPs uma importante fonte de receita para expansão de suas infraestruturas.

Analisando os dados, entretanto, verificou-se um cenário oposto nos municípios com até 10.000 habitantes (n = 1.605), onde mais EPs de investimento per capita estiveram positivamente associadas a mais gasto com recursos próprios per capita em saúde. Para os demais portes populacionais, as associações encontradas foram ligeiramente negativas.

Figura 2. Relação entre EPs de Investimento versus Gasto com Recursos Próprios per capita em Saúde, segundo porte populacional e grandes regiões, acumulado de 2023 a 2025



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS), SIOPS e RIPSA-IBGE.

Como forma de tentar compreender esse fenômeno relacionado aos municípios com até 10.000 habitantes, analisamos alguns indicadores de oferta de serviços de saúde desse grupo, com foco nos municípios que mais receberam EPs de investimento per capita e que apresentaram gasto em saúde com recursos próprios acima do esperado. Dentre os municípios que apresentaram gastos com recursos próprios em saúde acima do esperado, dado o nível de investimentos em EPs de saúde que receberam, foram analisados os indicadores dos 2% que mais receberam EPs de investimento em saúde per capita.

Nesse grupo, alguns achados podem ser destacados. O primeiro deles é sua forte concentração estadual. Entre os 20 municípios com menos de 10 mil habitantes de maior gasto com recursos próprios e que mais receberam EPs de investimento per capita, metade deles ($n = 10$) está localizada no Rio Grande do Sul (RS), enquanto 35% ($n = 7$) está no estado de Goiás (GO). Os demais três municípios estão distribuídos entre Mato Grosso do Sul (MS), Paraíba (PB) e Rondônia (RO). Esses achados são interessantes de serem observados à luz da primeira seção deste documento, que apontou os municípios das regiões Centro-Oeste e Sul como os mais beneficiados por EPs de Investimento, o que parece indicar serem regiões de maior concentração na alocação desses recursos.

Sobre os indicadores de saúde analisados, analisamos três indicadores: I) taxa de médicos por 1.000 habitantes, segundo carga horária padronizada; II) número de atendimentos individuais na Atenção Primária à Saúde (APS) para cada 1.000 habitantes; e III) percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado⁷.

Em relação à taxa de médicos por carga horária padronizada e ao total de atendimentos na APS para cada mil habitantes, nota-se que a maior parte desses municípios apresentaram taxas superiores à da média de suas regiões, indicando uma alta produção relativa. Para a taxa de médicos, mais da metade desses municípios apresentaram taxas superiores à média regional, enquanto para atendimentos individuais essa razão foi de 70%. Na comparação com a média nacional, 55% dos municípios apresentaram taxa de médicos acima da média, enquanto para o número de atendimentos individuais na APS, essa razão foi de 85%. Inversamente, no caso do percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado, os resultados se mostraram com pior desempenho.

Nesse sentido, o quadro apresentado não nos fornece uma motivação clara da associação positiva encontrada entre a indicação de EPs de investimento em saúde e os gastos com recursos próprios per capita em saúde nos municípios com até 10.000 habitantes. Outros fatores podem estar influenciando neste achado. Pesquisadores apontam que a destinação de recursos de EPs também pode estar condicionada a incentivos políticos (Firpo, Ponczek e Sanfelice, 2015; Baião e Couto, 2017), o que pode ser um fator de indução na alocação desses recursos.

⁷Utilizamos esses três indicadores por diferentes razões. A taxa de médicos por carga horária padronizada e o número de atendimentos individuais (agendados e por demanda espontânea) por mil habitantes estão diretamente associados à disponibilidade de profissionais e ao acesso da população a consultas e exames. Assim, taxas mais elevadas de ambos os indicadores tendem a refletir uma maior oferta e disponibilidade de serviços e, consequentemente, uma ampliação do acesso à atenção à saúde. No caso do percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram acompanhamento de pré-natal adequado (isto é, com sete ou mais consultas, sendo a primeira com início anterior ao terceiro mês de gravidez, como preconiza o MS) é um importante indicador que reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal.

Tabela 2. 20 municípios que mais receberam EPs de investimento em saúde, *per capita*, acumulado de 2023 a 2025, e seus indicadores de saúde, segundo UFs e Grandes Regiões

Município	UF	Região	EPs investimento, <i>per capita</i> (R\$) (2023 a 2025)	Gasto com Recursos Próprios em Saúde, <i>per capita</i> (R\$) (2023 a 2025)	Médicos por carga horária padronizada (por mil hab.) (2024)	Taxa de atendimentos individuais na APS (por mil hab.) (2024)	Pré-Natal Adequado (%) (2024)
Brasil	-	-	R\$ 89,07	R\$ 3.263,61	1,53	3261,9	75,3%
Lagoa Santa	GO	Centro-Oeste	R\$ 1.153,57 (R\$ 159,01)	R\$ 12.793,42 (R\$ 4.756,33)	1,26 (1,48)	5156,38 (3830,55)	83,3% (76,1%)
Estrela do Norte	GO	Centro-Oeste	R\$ 1.013,49 (R\$ 159,01)	R\$ 8.158,76 (R\$ 4.756,33)	1,07 (1,48)	4563,90 (3830,55)	86,2% (76,1%)
Aloândia	GO	Centro-Oeste	R\$ 939,23 (R\$ 159,01)	R\$ 10.235,79 (R\$ 4.756,33)	2,07 (1,48)	1248,99 (3830,55)	88,9% (76,1%)
Jateí	MS	Centro-Oeste	R\$ 855,81 (R\$ 159,01)	R\$ 10.583,56 (R\$ 4.756,33)	2,33 (1,48)	4218,78 (3830,55)	63,6% (76,1%)
Cachoeira de Goiás	GO	Centro-Oeste	R\$ 681,44 (R\$ 159,01)	R\$ 8.197,59 (R\$ 4.756,33)	1,48 (1,48)	7023,96 (3830,55)	72,7% (76,1%)
Marzagão	GO	Centro-Oeste	R\$ 680,19 (R\$ 159,01)	R\$ 6.404,94 (R\$ 4.756,33)	2,72 (1,48)	4477,01 (3830,55)	78,1% (76,1%)
Davinópolis	GO	Centro-Oeste	R\$ 607,23 (R\$ 159,01)	R\$ 10.559,29 (R\$ 4.756,33)	1,46 (1,48)	3468,17 (3830,55)	71,4% (76,1%)
Castelândia	GO	Centro-Oeste	R\$ 533,21 (R\$ 159,01)	R\$ 5.517,38 (R\$ 4.756,33)	1,90 (1,48)	1881,55 (3830,55)	74,4% (76,1%)
Parari	PB	Nordeste	R\$ 527,09 (R\$ 121,48)	R\$ 6.316,45 (R\$ 2.628,13)	0,57 (0,90)	7397,49 (2762,08)	66,7% (74,4%)
Pimenteiras do Oeste	RO	Norte	R\$ 616,47 (R\$ 215,35)	R\$ 13.668,25 (R\$ 2.874,86)	2,32 (1,10)	1709,65 (2892,76)	66,7% (69,9%)
Muliterno	RS	Sul	R\$ 1.024,76 (R\$ 131,70)	R\$ 8.517,77 (R\$ 4.301)	2,41 (1,48)	8561,82 (5869,46)	75,0% (80,8%)
Canudos do Vale	RS	Sul	R\$ 876,77 (R\$ 131,70)	R\$ 7.547,28 (R\$ 4.301)	2,02 (1,48)	13241,26 (5869,46)	88,9% (80,8%)
Santa Tereza	RS	Sul	R\$ 744,99 (R\$ 131,70)	R\$ 7.350,65 (R\$ 4.301)	1,89 (1,48)	6966,69 (5869,46)	85,7% (80,8%)
Unistalda	RS	Sul	R\$ 678,80 (R\$ 131,70)	R\$ 7.093,77 (R\$ 4.301)	2,19 (1,48)	4023,88 (5869,46)	82,1% (80,8%)
Toropi	RS	Sul	R\$ 651,58 (R\$ 131,70)	R\$ 6.645,85 (R\$ 4.301)	1,10 (1,48)	8857,58 (5869,46)	88,0% (80,8%)
Engenho Velho	RS	Sul	R\$ 639,38 (R\$ 131,70)	R\$ 8.945,22 (R\$ 4.301)	1,90 (1,48)	10121,49 (5869,46)	65,0% (80,8%)
Floriano Peixoto	RS	Sul	R\$ 638,61 (R\$ 131,70)	R\$ 8.141,82 (R\$ 4.301)	0,94 (1,48)	7140,50 (5869,46)	50,0% (80,8%)
Doutor Ricardo	RS	Sul	R\$ 600,80 (R\$ 131,70)	R\$ 6.783,66 (R\$ 4.301)	1,19 (1,48)	7508,05 (5869,46)	86,7% (80,8%)
Quevedos	RS	Sul	R\$ 554,72 (R\$ 131,70)	R\$ 6.975,94 (R\$ 4.301)	1,42 (1,48)	7799,61 (5869,46)	66,7% (80,8%)
Boa Vista do Incra	RS	Sul	R\$ 512,65 (R\$ 131,70)	R\$ 8.115,00 (R\$ 4.301)	1,90 (1,48)	5010,37 (5869,46)	61,3% (80,8%)

Fonte: FNS, RIPS-IBGE, SIOPS e IEPS Data. Nota: valores entre parênteses referem-se às médias dos indicadores de saúde dos municípios de até 10.000 habitantes, segundo suas respectivas regiões, enquanto Brasil se refere à média dos municípios em geral.

c) A maior parte dos equipamentos financiados por EPs de investimento são de baixo custo, e não necessariamente vinculados a expansão de serviços de saúde

Após a caracterização do perfil dos municípios que mais receberam esses tipos de recursos ao longo dos últimos três anos, uma análise final é a identificação de quais são os principais equipamentos de saúde financiados por meio desses recursos. Para isso, analisamos o número de equipamentos destinados aos estabelecimentos de saúde nos municípios brasileiros e seus respectivos valores, financiados por EPs individuais, em 2025, destinadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA)⁸.

São inúmeros os equipamentos financiados por meio dessa fonte de receita, indo desde a aquisição de cadeiras e computadores, até a compra de tomógrafos e aparelhos de Raio-X. Nesse sentido, para viabilizar as análises, agrupamo-los em seis categorias: I) “Equipamentos de Saúde de Baixo Custo”; II) “Equipamentos

⁸Para um maior detalhamento das motivações que resultaram na filtragem desse período, modalidade de emenda e áreas programáticas analisadas, consultar o Apêndice Metodológico ao final do documento.

de Saúde de Alto Custo”; III) “Equipamentos de Saúde Odontológico”; IV) “Equipamentos de Infraestrutura e Material de Escritório”; V) “Veículos” e VI) “Outros”⁹.

Analisando, em primeiro lugar, os equipamentos que mais receberam recursos de EPs de investimento em saúde, é possível observar um padrão: a prevalência, tanto na APS como na AHA, na aquisição por equipamentos de “Infraestrutura e Material de Escritório”. Na APS, dos 95.598 itens financiados por EPs individuais, 62.788 (65,7%) foram para essa categoria, enquanto na AHA, essa razão foi de 60% (41.009 contra 69.218). Cadeiras, computadores e ar-condicionados foram os três itens mais adquiridos. A categoria “Equipamentos de Saúde de Baixo Custo” também foi a segunda maior para ambas as áreas, respondendo por cerca de 28% (n = 26.656) e 39% (27.161) no total de itens comprados na APS e na AHA, respectivamente¹⁰.

Em termos de valor total de recursos, nota-se que houve pouca mudança na hierarquização das categorias, com equipamentos de infraestrutura ainda apresentando significativo protagonismo na alocação desses recursos. Na APS, dos R\$ 491 milhões recebidos em EPs individuais de investimento, R\$ 113,9 (23%) milhões foram para essa categoria, seguida de “Equipamentos de Saúde de Baixo Custo”, cujo volume de recursos recebidos foi de R\$ 58,8 milhões (12%). “Veículos” foi a categoria de maior recebimento, com R\$ 263,5 milhões destinados a esse fim. Entre os itens com maiores valores totais nas diferentes categorias, veículos de passeio (R\$ 220 milhões), computadores (R\$ 34,2 milhões) e cadeira odontológica (R\$ 25,6 milhões) responderam pelos principais.

Na AHA, dos R\$ 725 milhões destinados à área, 45% (R\$ 327,2 milhões) foram para a aquisição de “Equipamentos de Baixo Custo”, com ventiladores pulmonares (R\$ 52,8 milhões) e camas hospitalares (R\$ 26,8 milhões) configurando os itens de maior custeio nesse grupo. “Veículos” e “Equipamentos de Saúde de Alto Custo” responderam, juntos, por 40% do valor total dos equipamentos, com R\$166 milhões destinados para a primeira categoria, enquanto R\$ 125,4 milhões para a segunda. Da categoria de equipamentos de saúde de alto custo, aparelhos de Raio-X foram os mais custosos, totalizando R\$ 24 milhões. Já, entre os R\$ 166 milhões destinados a veículos, 66% (R\$ 111,8 milhões) foram para compra de ambulâncias. Demais categorias não apresentaram gastos substanciais nesse período.

Embora não consigamos identificar se o financiamento desses equipamentos está alinhado às necessidades de saúde de cada município, alguns pontos despertam reflexão. O primeiro deles é a forte prevalência de recursos orientados à aquisição de equipamentos de materiais de escritório. Tanto na APS quanto na AHA, essa categoria foi responsável por concentrar a maior parte dos itens adquiridos por meio de EPs, além de apresentar participação relevante sobre o volume de recursos destinados por EPs face às demais categorias.

Ainda que tenham sua relevância para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, o fato desses tipos de itens terem sido duas vezes mais adquiridos do que “Equipamentos de Saúde de Baixo Custo” desperta reflexões, especialmente levando em conta a ausência de equilíbrio entre investimentos em equipamentos voltados à sustentação da estrutura física dos estabelecimentos de saúde em relação aos diretamente associados à ampliação da capacidade assistencial.

Nesse sentido, seria importante realizar análises de custo-efetividade associadas a diagnósticos territoriais mais precisos, sobretudo para avaliar não apenas as principais demandas de saúde de cada estabelecimento, mas também se esses recursos têm sido bem empregados, e se têm gerado desfechos positivos sobre a oferta de serviços à população local.

⁹As definições de cada uma das categorias, assim como seus critérios de classificação, metodologia e exemplos encontram-se no Apêndice Metodológico localizado ao final do documento.

¹⁰Demais categorias de equipamentos apresentaram baixa participação relativa entre o total de itens adquiridos, independentemente da área programática. Na APS, “Equipamentos de Saúde Odontológico”, “Veículos”, “Equipamentos de Saúde de Alto Custo” e “Outros” responderam por 2,7% (n = 2.653), 2,2% (n = 2.190), 1,2% (n = 1.155) e 0,2% (n = 156), respectivamente. Na AHA, com exceção de “Equipamentos de Saúde Odontológico”, que não houve financiamento de equipamentos de EPs para esse fim, essa distribuição foi de 0,83% (n = 575), 0,28% (n = 200) e 0,39% (273).

Tabela 3. Número de equipamentos, custo total e custo médio total de equipamentos financiados por EPs individuais de investimento, em 2025, segundo subfunção e categoria (em milhões)

Categorias	APS			AHA		
	Total Itens (A)	Valor Total (B)	Valor médio (C = B/A)	Total Itens (D)	Valor Total (E)	Valor médio (F = E/D)
Veículo (I = II + III)	2.190	R\$ 263.555.361	R\$ 120.345	575	R\$ 166.600.178	R\$ 289.739
Ambulâncias (II)	-	-	-	361	R\$ 111.817.700	R\$ 309.744
Outros Veículos (III)	2.190	R\$ 263.555.361	R\$ 120.345	214	R\$ 54.782.478	R\$ 255.993
Equipamentos de Saúde de Alto Custo	1.155	R\$ 36.202.807	R\$ 31.344	200	R\$ 125.424.114	R\$ 627.121
Equipamentos de Saúde - Baixo Custo	26.656	R\$ 58.883.053	R\$ 2.209	27.161	R\$ 327.179.718	R\$ 12.046
Infraestrutura - Material de Escritório	62.788	R\$ 113.948.623	R\$ 1.815	41.009	R\$ 105.911.796	R\$ 2.583
Equipamentos de Saúde Odontológicos	2.653	R\$ 18.535.374	R\$ 6.987	-	-	-
Outros	156	R\$ 23.608	R\$ 151	273	R\$ 133.227	R\$ 488
Total	95.598	R\$ 491.148.826	R\$ 5.138	69.218	R\$ 725.249.033	R\$ 10.478

Fonte: Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (RENEM)/FNS. Nota: valores ordenados em ordem decrescente do valor médio encontrado.

4. Considerações Finais

Este boletim buscou caracterizar qual o perfil dos municípios brasileiros que receberam EPs de investimento em saúde per capita entre 2023 a 2025, além de identificar quais foram os principais itens custeados através desses recursos. Para isso, realizamos três análises: I) analisamos os municípios que receberam esses recursos segundo grandes regiões e porte populacional; II) comparamos o volume de EPs de investimento, per capita, em saúde destinados a esses municípios, em relação ao seu recebimento em EPs de custeio e seus gastos com recursos próprios per capita destinados à área; e III) por fim, analisamos quais foram os tipos de equipamentos custeados por esses recursos.

Em geral, observou-se que a maior parte dos municípios beneficiados por EPs de investimento estão localizados nas regiões Centro-Oeste e Sul. Em particular, no caso do Centro-Oeste, praticamente todos os seus municípios receberam EPs dessa natureza, independentemente do seu porte populacional. Esse cenário sinaliza que essa parece ser uma região onde recursos de EPs de investimento tendem a ser direcionados para todos os seus municípios. O Norte, por sua vez, foi a região que menos recebeu EPs de investimento nesse período.

Em segundo lugar, ao analisarmos a relação das EPs de investimento com as EPs de custeio e gastos com recursos próprios, per capita, em saúde, identificamos uma relação positiva entre EPs de investimento e gastos com recursos próprios per capita em saúde para municípios de até 10.000 habitantes. Por serem municípios pequenos, onde, em geral, tendem a ter menor capacidade arrecadatória para custear seus serviços de saúde e mais dependentes de transferências intergovernamentais, esperaríamos encontrar uma relação oposta à identificada.

Para tentar compreender esse fenômeno, analisamos alguns indicadores de oferta de serviços e de infraestrutura de saúde dos municípios que mais receberam EPs de investimento per capita dentro desse grupo. Entre os indicadores, foram analisados a I) taxa de médicos por mil habitantes segundo carga horária padronizada; II) número de atendimentos individuais na APS por mil habitantes, e III) percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado. A partir das análises não foi possível identificar um padrão claro na alocação desses recursos,

visto que a maior parte desses municípios apresentaram maiores indicadores de acesso a serviços de saúde em relação à média regional.

Sobre as análises mencionadas anteriormente, é importante novamente frisar a metodologia utilizada neste documento. Pelas análises realizadas serem essencialmente de natureza exploratória, os achados identificados devem ser lidos como evidências descritivas, não permitindo estabelecer relações de causalidade entre a destinação de EPs de investimentos e os resultados sobre capacidade financeira e instalada em saúde dos municípios brasileiros.

Por fim, verificamos quais foram os principais equipamentos custeados por EPs de investimento em saúde. A partir das análises, é possível observar um padrão: há uma alta prevalência de equipamentos orientados a materiais de escritório e de infraestrutura. Embora esse estudo não tenha como objetivo avaliar se esse tipo de gasto está alinhado às necessidades de saúde dos territórios, ou ao nível de priorização em relação a outros equipamentos, esse resultado nos desperta algumas reflexões. Outros estudos são necessários para melhor entender esse fenômeno.

Em resumo, embora tenham sofrido uma queda de participação nos últimos anos, as EPs de investimento constituem uma fonte importante de recursos aos municípios brasileiros, em especial, para os de menor capacidade arrecadatória e que, por consequência, tendem a apresentar maiores dificuldades de expansão de sua capacidade instalada. No entanto, a partir dos achados encontrados, as EPs de investimento não necessariamente parecem estar seguindo um padrão de alocação de recursos visando a redução de iniquidades em saúde. Exemplo disso pode ser observado entre os municípios com até 10.000 habitantes, onde foi possível identificar uma associação positiva entre EPs de investimento e gasto com recursos próprios per capita em saúde nesse grupo. Embora as análises não nos permitam inferir causalidade, elas podem sugerir que parte desses recursos esteja sendo direcionada a municípios, inseridos nesse grupo, que já possuem maior capacidade fiscal para financiar seus serviços de saúde.

Aprimorar a qualidade do gasto exige, portanto, dois movimentos complementares. O primeiro é o fortalecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação das EPs de investimento, com transparência sobre para onde os recursos vão, o que financiam e que resultados produzem. O segundo é o desenvolvimento de critérios técnicos mínimos que alinhem a alocação desses recursos aos instrumentos de planejamento em saúde dos municípios brasileiros, e que visem a redução da influência de incentivos estritamente políticos durante a indicação desses repasses. Iniciativas como um plano nacional de investimentos em saúde, com metas regionais transparentes, ancorado nas demandas dos municípios, poderiam contribuir para que as EPs operem de forma mais coordenada e com maior impacto sobre o acesso à saúde da população.

Esses são alguns exemplos de ações que se tornam ainda mais essenciais em um contexto de compressão crescente do investimento em saúde. Quanto menor o volume de recursos disponíveis, maior o custo de alocá-los mal e sem critérios de equidade. E mais necessário se torna garantir que cada real investido chegue onde mais faz diferença.

Autores

Víctor Nobre

Assistente de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Marcella Semente

Especialista em Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Agradecimentos

Agradecemos a Antonio Carlos Junior, Júlia Pereira e Rebeca Freitas pelas sugestões e comentários e a Le-

tícia Vicer pelo apoio na edição deste documento.

Referências

Baião, Alexandre Lima e Cláudio Gonçalves Couto. 2017. “A eficácia do pork barrel: a importância de emendas orçamentárias e prefeitos aliados na eleição de deputados”. *Opinião Pública* 23:714–753.

Cruz, W. G. N., R. D. D. Barros e L. E. P. F. D. Souza. 2022. “Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019”. *Ciência & Saúde Coletiva* 27:2459–2469.



Firpo, Sergio, Vladimir Ponczek e Viviane Sanfelice. 2015. "The Relationship between Federal Budget Amendments and Local Electoral Power". *Journal of Development Economics* 116:186–198.

Nobre, Victor e Manuel Faria. 2023. "O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos". *Nota Técnica*, n. 29.

Nobre, Victor, Milena Rodrigues e Marcella Semente. 2024. *Emendas Parlamentares em Saúde: Para*

Onde Caminham? Nota Técnica 35. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS).

Nobre, Victor, Marcella Semente, Milena Rodrigues e Julia Pereira. 2024. *Superando o Mínimo: O Papel das Capitais Brasileiras no Financiamento da Saúde Pública*. Nota Técnica 36. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS).

www.ieps.org.br
www.agendamaissus.org.br



Apêndice

Quadro A1. Quadro resumo dos indicadores, metodologia de cálculo, período e fontes de dados

Tipo de indicador	Indicador	Cálculo	Período	Fonte
Orçamento	Emendas de Investimento, <i>per capita</i> , em Saúde	$\left(\frac{\text{Emendas de Investimento em Saúde}_{2023-2025}}{\text{Média Populacional}_{2023-2025}} \right)$	2023 a 2025	FNS e RIPS-IBGE
	Gasto com Recursos Próprios, <i>per capita</i> , em saúde	$\left(\frac{\text{Gasto com Recursos Próprios em Saúde}_{2023-2025}}{\text{Média Populacional}_{2023-2025}} \right)$	2023 a 2025	SIOPS
Saúde	Taxa de Médicos por mil habitantes, segundo carga horária padronizada	$\left(\frac{\text{Nº de Horas trabalhadas por médicos}}{40h \times \text{População}} \right) \times 1.000$	2024	IEPS Data
	Nº de atendimentos individuais na APS, por mil habitantes	$\left(\frac{\text{Nº de Atendimentos individuais agendados e por demanda espontânea na APS}}{\text{População residente}} \right) \times 1.000$		
	Percentual de Nascidos Vivos com Pré-Natal Adequado	$\left(\frac{\text{Nº de Nascidos vivos com Pré-Natal Adequado}}{\text{Total de Nascidos Vivos}} \right) \times 100$		

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice Metodológico

Metodologia de construção das categorias de equipamentos de saúde

Para construção das categorias de equipamentos de saúde, foram consideradas somente as indicações de EPs de investimento, na modalidade individual, destinadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e à Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA), no ano de 2025. A escolha desses filtros ocorre por diferentes razões. Em relação à modalidade de emenda, optamos por analisar as EPs individuais, pois através delas, conseguimos identificar a preferência individual de cada parlamentar na alocação desses recursos. Já sobre o período temporal, utilizamos o período de 2025 por ser o ano mais recente, e cuja execução orçamentária já foi concluída.

Após essa primeira etapa, para identificar quais são os equipamentos custeados com recursos de EPs, realizamos o cruzamento do número das propostas registradas nos sistemas de informação orçamentários do Fundo Nacional de Saúde (FNS) com as informações disponíveis na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (RENEM), nos permitindo identificar os equipamentos financiados por cada proposta de emenda parlamentar.

A partir disso, observamos que a maior parte dessas EPs foram destinadas a equipamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) (40%) e na Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA) (57,7%) mostrando-se, dessa maneira, as áreas prioritárias na escolha de alocação dos parlamentares¹¹. Dessa forma, nossas análises se concentraram somente nessas duas subfunções.

Por fim, para chegarmos às categorias utilizadas, alguns critérios tiveram de ser adotados na construção dessas categorias. Em particular, para a classificação das categorias “Equipamentos de Alto custo em Saúde” e “Equipamentos de Baixo Custo em Saúde”, foi utilizado o seguinte critério: I) ordenamos, em ordem crescente, os valores médios (custo total dividido pelo número de itens adquiridos) de cada um dos equipamentos de saúde, segundo a área programática em que cada um deles está vinculado (Atenção Primária à Saúde ou Assistência Hospitalar e Ambulatorial); e II) estabelecemos uma linha de corte (percentil 90), caso ultrapassasse ou estivesse dentro dessa linha de corte, o equipamento era classificado como de alto custo, enquanto que, abaixo desse limiar, ele foi classificado como de baixo custo.

A utilização desse ponto de corte em detrimento de outras medidas de referência (como média, mediana ou quartis de distribuição) decorreu do fato de o percentil 90 apresentar uma melhor capacidade de diferenciar os equipamentos de saúde de maior valor médio (alto custo) em relação aos de menor valor médio (baixo custo), produzindo uma classificação mais consistente com as diferenças observadas entre os equipamentos.

O quadro A2 abaixo sintetiza as categorias pertencentes a cada um dos 539 equipamentos custeados por EPs, suas definições, metodologias de cálculo e exemplos de alguns desses equipamentos, segundo a área programática.

¹¹Os demais 2,3% foram distribuídos entre as subfunções “Vigilância Epidemiológica”, “Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia” e “Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico”.

Quadro A2. Tipos de categorias, definições e exemplos dos equipamentos de saúde, segundo área programática (APS e AHA)

Categoria	Definição	Crítérios de classificação	Exemplos
Infraestrutura e Material de Escritório	Equipamentos para expansão de infraestrutura física de UBS e outros estabelecimentos, mas não diretamente relacionados à saúde	-	APS: cadeiras, geradores de energia, freezers, computadores, etc. AHA: cadeiras, geradores de energia, freezers, computadores, etc.
Equipamentos de Saúde de Alto Custo	Equipamentos de Saúde para expansão de infraestrutura física de UBS e de outros estabelecimentos, com alto valor de custo, conforme a área programática	Equipamentos cujo valor médio foi acima ou igual ao percentil 90, conforme área programática (percentil 90 na APS = R\$ 18.841) (percentil 90 na AHA = R\$ 311.001)	APS: ultrassom diagnóstico, mesa ginecológica elétrica, retinógrafo para tele saúde. AHA: sistema de hemodinâmica, tomógrafo, braquiterapia.
Equipamentos de Saúde de Baixo Custo	Equipamentos de Saúde para expansão de infraestrutura física de UBS e de outros estabelecimentos, com baixo valor de custo, conforme a área programática	Equipamentos cujo valor médio foi abaixo do percentil 90, conforme a área programática (percentil 90 na APS = R\$ 18.841) (percentil 90 na AHA = R\$ 311.001)	APS: espirômetro, câmara para conservação de imunobiológicos, colposcópio e eletrocardiógrafo. AHA: facoemulsificador, sistema de vídeo de endoscopia, ultrassom diagnóstico.
Equipamentos de Saúde Odontológicos	Equipamentos de Saúde destinados à Saúde Bucal	-	APS: aparelho de raio-X odontológico, ultrassom odontológico, estetoscópio. AHA: não foram identificados.
Veículos	-	-	APS: micro-ônibus rural e urbano, veículos de passeio, motocicleta elétrica, etc. AHA: micro-ônibus rural, ambulâncias, veículos de passeio, outros veículos, etc.
Outros	Equipamentos que não estão diretamente associados à saúde nem se caracterizam como parte da infraestrutura do SUS	-	APS: microfone, diapasão, etc. AHA: videogame, cavaquinho, violão, etc.

Fonte: Elaboração própria.