

TEXTO PARA **DISCUSSÃO**

2516

**VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL:
RESULTADOS E ARGUMENTOS
A SEU FAVOR**

**Fabiola Sulpino Vieira
Sergio Francisco Piola
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides**



VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL: RESULTADOS E ARGUMENTOS A SEU FAVOR

Fabiola Sulpino Vieira¹
Sergio Francisco Piola²
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides³

1- Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
E-mail: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

2. Especialista em saúde pública e pesquisador no projeto Acompanhamento e Análise da Política de Saúde na Disoc/Ipea.
E-mail: <sergiofpiola@gmail.com>.

3 Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues dos Santos Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2019

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: H51.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS.....	11
3 VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE	12
4 FINANCIAMENTO E GASTO DO SUS: GASTAMOS MUITO, POUCO OU GASTAMOS MAL?	29
5 REFORÇANDO ALGUNS ARGUMENTOS SOBRE A RELEVÂNCIA DOS SISTEMAS PÚBLICOS UNIVERSAIS E DA VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	55
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	63

SINOPSE

Alocar recursos suficientes ao Sistema Único de Saúde (SUS) é premissa básica para o cumprimento por parte do Estado de seu dever de garantir acesso universal, igualitário e integral a bens e a serviços de saúde no Brasil. Como forma de assegurar recursos mínimos ao sistema, a vinculação orçamentária do gasto em saúde foi instituída. Recentemente, em meio à crise fiscal e às mudanças no ambiente político no país, cogita-se a extinção desta vinculação. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é apresentar evidências e discutir a relevância da manutenção da vinculação orçamentária do gasto público em saúde, contribuindo, dessa forma, com o debate público sobre o tema. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais para organizar a discussão sobre os assuntos tratados em duas perspectivas: *i*) uma histórica, sobre a regulamentação da aplicação mínima de recursos no SUS, incluindo no relato as proposições que não lograram êxito e as motivações para esta regulamentação; e *ii*) outra de fundamentação teórico-empírica da hipótese de que os sistemas públicos universais de saúde, como o SUS, e a vinculação orçamentária do gasto mínimo em saúde no Brasil são relevantes à garantia do direito à saúde tal qual inscrito na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Considerando as evidências apresentadas sobre a falta de prioridade com o sistema e, conseqüentemente, com a garantia do direito à saúde no país, a conclusão é de que a vinculação orçamentária do gasto em saúde continua sendo imprescindível. Mesmo assim, esta vinculação, por si só, não resolve o problema de financiamento do sistema, já que, a despeito da instituição dos pisos de aplicação a partir de 2000, os gastos com saúde ainda são muito baixos comparados com os de países de renda semelhante e que não possuem sistema universal de saúde. Contudo, constitui importante mecanismo de proteção contra retrocesso na oferta de bens e serviços de saúde, algo vedado pela CF/1988. A estabilidade no financiamento do SUS é fundamental para que a provisão não sofra solução de continuidade e, para isso, a vinculação orçamentária cumpre papel vital, considerando a trajetória do financiamento público da saúde. Ainda assim, o país precisa realizar esforço adicional para garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS, diante dos desafios que se colocam ao sistema decorrentes de questões epidemiológicas, demográficas e tecnológicas que impulsionam o crescimento dos gastos em saúde.

Palavras-chave: financiamento da assistência à saúde; gastos em saúde; acesso universal aos serviços de saúde; direito à saúde; sistemas nacionais de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Allocating sufficient resources to the Unified Health System (SUS) is a basic premise for compliance by the State with its duty to guarantee universal, equal and integral access to health goods and services in Brazil. As a way of ensuring minimal resources to the system, the compulsory expenditure with health was instituted. Recently, amid the fiscal crisis and the changes in the political environment in the country, the extinction of this compulsory expenditure is considered. In this context, the objective of this paper is to present evidence and discuss the relevance of maintaining the compulsory public health expenditure, thus contributing to the public debate on the topic. A narrative review of the technical-scientific literature and legal documents was performed to organize the discussion on the subjects treated in two perspectives: *i*) a historical perspective on the regulation of the minimum application of resources in the SUS, including in the report the propositions that weren't approved and the motivations for this regulation; and *ii*) a theoretical-empirical perspective on the hypothesis that universal public health systems, such as the SUS, and the compulsory health expenditure in Brazil are relevant to the right to health as determined by the Federal Constitution of 1988 (CF/1988). Considering the evidence presented about the lack of priority with the system and, consequently, with the guarantee of the right to health in Brazil, the conclusion is that the compulsory health expenditure remains essential. Even so, this obligation alone does not solve the financing problem of the system, since in spite of the institution of the floors of application from 2000, health expenses are still very low compared to those countries with similar income and who do not have a universal health system. However, it is an important mechanism to protect against throwback in the supply of health goods and services, something that is forbidden by CF/1988. The stability in the financing of the SUS is fundamental and the compulsory health expenditure fulfilled vital role, considering the trajectory of public health financing. Nonetheless, the country needs to make an additional effort to guarantee sufficient resources to finance the SUS, given the challenges posed to the system stemming from epidemiological, demographic and technological issues that drive the growth of health spending.

Keywords: healthcare financing; health expenditures; universal access to health care services; right to health; national health systems; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A garantia de financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS) figurou desde a criação desse sistema como uma questão vital para a efetivação do direito ao acesso a bens e a serviços públicos de saúde de forma universal, igualitária e integral no Brasil. Evitar o esvaziamento do enunciado do art. 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988)¹ passa pela alocação de recursos ao SUS, assegurando a oferta de bens e serviços, com a qualidade, a quantidade e a tempestividade necessárias ao atendimento à população, assim como com eficiência no uso desses recursos, primando-se pela sustentabilidade financeira do sistema. Não por outro motivo, o debate em torno desses temas sempre esteve presente ao longo das três últimas décadas.

Ainda que se reconheçam importantes avanços promovidos pelo sistema no seu aniversário de trinta anos, como a ampliação significativa do acesso, provavelmente relacionada ao aumento da oferta de serviços e recursos humanos, o subfinanciamento crônico é apontado como obstáculo relevante à sua implementação e efetividade (Ipea, 2009; Viacava *et al.*, 2018). Para Paim (2018), a insuficiência de recursos gera grandes dificuldades para a manutenção da rede de serviços, remuneração dos trabalhadores e ampliação da infraestrutura pública. Esse subfinanciamento, na análise de Santos (2018), pode ser atribuído primordialmente à União, cujos governos jamais priorizaram a saúde pública durante esses anos. Segundo esse autor, vários fatos ilustram o baixo compromisso do governo federal com a implementação do SUS, entre eles, a desconsideração da indicação constitucional para alocação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) à saúde até 1993; a instituição e a manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU); o crescimento e a sistematização dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros de saúde; o veto governamental ao debate aberto e à votação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321/2013, que previa destinação ao SUS de valor correspondente a 10% da receita corrente bruta (RCB) da União; e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC nº 95), que congela em termos reais a aplicação mínima federal de 2018-2036. Adicionam-se, ainda a esses fatos, as dificuldades relativas ao cumprimento da aplicação mínima em saúde por parte da União (Servo *et al.*, 2011; Piola *et al.*, 2012; Vieira e Piola, 2016; Mendes e Funcia, 2016; Vieira, Piola e Benevides, 2018).

1. Art. 196 da CF/1988: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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” (Brasil, 1988).

Paralelamente, movimentos para aumentar a participação do capital privado no financiamento do sistema de saúde do Brasil tornaram-se mais explícitos. Em 2015, a polêmica autorização para abertura do setor saúde à entrada de capital estrangeiro foi dada com a aprovação da Lei nº 13.097, possibilitando a participação direta ou indireta, inclusive o controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde de forma indiscriminada. Avalia-se que o capital estrangeiro pode fortalecer a segmentação, agravar a desigualdade e aumentar o volume de recursos públicos que são alocados para subsidiar o consumo privado de assistência à saúde (Sá *et al.*, 2015). Também pode ampliar o já elevado gasto tributário com saúde no país, em detrimento do financiamento direto do SUS (Ocké-Reis e Fernandes, 2018).

A preocupação com a sustentabilidade do setor de saúde suplementar também parece motivar agentes públicos. Aparentemente, como resposta à perda de mercado das operadoras de planos privados de saúde, diante do aumento do desemprego e da queda de renda das famílias em decorrência da crise econômica, em 2017, o ministro da Saúde propôs a flexibilização da regulação assistencial da saúde suplementar, a fim de ofertar planos de saúde chamados de *acessíveis* no mercado brasileiro. Planos baratos com cobertura assistencial reduzida, sob o argumento de que isso iria “desafogar” o SUS. Desconsideraram-se as evidências de que uma consequência direta de arranjos mistos de financiamento é a desigualdade de acesso existente entre o grupo coberto exclusivamente pelo sistema público e o grupo que adicionalmente conta com seguro privado; e que a proposta criaria barreiras ao acesso, podendo somente transferir riscos e custos para o segurado e para o SUS (Sá, 2018).

Outro capítulo importante nesta trajetória recente foi o da aprovação da EC nº 95/2016, como já mencionado. Com o congelamento das aplicações mínimas da União em saúde e com a instituição do teto de gastos, será praticamente impossível ampliar o aporte de recursos para o SUS, ainda que o Brasil esteja em contexto de crescimento econômico (Vieira e Benevides, 2016a). Esta emenda criou ambiente favorável para maior descomprometimento do governo federal com o pacto de financiamento tripartite do SUS e com a coordenação nacional do sistema. Em 2017, por exemplo, assistiu-se à tentativa de modificar radicalmente a forma de repasse dos recursos federais aos estados e municípios, iniciativa que foi chamada de SUS Legal. Em vez de transferências vinculadas a políticas, programas e serviços de saúde específicos, propôs-se o repasse global dos recursos, o que atenderia aos anseios dos gestores

municipais e estaduais por maior autonomia na sua destinação. Estados e municípios vêm aumentando a sua participação no financiamento do sistema e têm assistido à redução da participação federal nos últimos anos. Se tivesse sido aprovada na forma proposta, a iniciativa eliminaria o uso de instrumentos financeiros na implementação de política nacionais e na coordenação do sistema de saúde, os quais são reconhecidamente importantes para estas finalidades (Jaccoud e Vieira, 2018).

Adicionalmente, surge no debate atual, uma proposta de abolição das aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelos três entes da Federação,² as quais foram constitucionalizadas por demanda da sociedade, expressas em conferências de saúde, particularmente na VIII Conferência Nacional de Saúde, que antecedeu a criação do SUS (Brasil, 1986). Tal proposta tem sido chamada de desvinculação da despesa, Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do pacto federativo, PEC do orçamento ou desvinculação de receitas e despesas, e já tinha sido aventada alguns anos antes em documento produzido pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), intitulado *Uma ponte para o futuro* (Fundação Ulysses Guimarães e PMDB, 2015).

Na saúde, existem dois tipos ou níveis de vinculação: *i*) a que poderíamos chamar de *macrovinculação*, que diz respeito à parcela de receitas ou de recursos previstos no orçamento geral da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios que deve ser alocada para financiamento de despesas com saúde. Trata-se de uma vinculação orçamentária do gasto no nível macro, com a definição de patamares mínimos ou pisos de aplicação;³ e *ii*) a *microvinculação*, que se refere à parcela dos recursos previstos no orçamento para a saúde no âmbito da União, dos estados, do DF e dos municípios que está vinculada a destinações específicas como políticas, programas e serviços de saúde. Também se trata de uma vinculação orçamentária, contudo, neste caso, ela ocorre no nível micro, a exemplo dos recursos previstos no orçamento do Ministério da Saúde

2. Nenhuma proposta foi formalizada pelo governo federal sobre o tema até o momento. A intenção de apresentá-la tem sido verbalizada pelo ministro da Economia e por alguns de seus assessores a veículos de imprensa. Ver, por exemplo, Pupo (2019), Fernandes, Fucs e Agostini (2019) e Verdélio (2019).

3. Os valores mínimos (chamados de aplicações mínimas ou piso de aplicação) são calculados de acordo com regras inseridas na CF/1988 por meio de EC. A regra vigente hoje para os entes da Federação é a seguinte: *i*) União: valor correspondente à aplicação mínima do ano anterior corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA); *ii*) estados: 12% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais; *iii*) municípios: 15% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais; e *iv*) DF: 12% ou 15% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais, conforme sejam de base estadual ou municipal, respectivamente.

(MS) para financiamento da atenção básica (ação orçamentária 20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família).⁴ Os recursos alocados no orçamento federal nesta ação devem financiar apenas as despesas com atenção básica, de acordo com a regulamentação dada pelo próprio MS, ainda que a execução das despesas seja feita pelos estados e municípios que receberem os recursos transferidos.⁵

O fim da macrovinculação de recursos para o SUS, ou seja, a desvinculação orçamentária que extingue a aplicação mínima de recursos no sistema, sempre rondou o debate público, sendo capitaneada por equipes econômicas de diferentes governos, contudo, nunca de uma forma tão aberta como se faz agora. Os argumentos centrais dos defensores da desvinculação orçamentária são de que as vinculações reduzem drasticamente o potencial de condução da política econômica e limitam a melhor alocação dos recursos públicos, pois engessam o orçamento (Sousa, 2008) e inviabilizam a implantação de um sistema orçamentário a partir de um planejamento de médio e longo prazos em que se prioriza a qualidade do gasto público (Mendes, 2008). Alega-se também que elas promovem inversão de prioridades, automatizam o gasto, tornando-o de baixa elasticidade, de modo que, quando há frustração de receitas, dificilmente se consegue comprimi-lo (Albuquerque, Medeiros e Feijó, 2008).

Tais defensores distanciam-se de considerações, ainda que superficiais, sobre as obrigações do Estado na garantia de direitos fundamentais e da necessidade de assegurar recursos para a efetividade desses direitos. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é apresentar evidências e discutir a relevância da vinculação orçamentária do gasto público em saúde, com a determinação de pisos de aplicação ou aplicações mínimas de recursos no SUS, como forma de contribuir com o debate público a respeito deste assunto.

4. A microvinculação orçamentária é mais flexível, pois a alocação de recursos pode ser alterada no orçamento anual com autorização do Poder Legislativo. Já a macrovinculação, prevista na CF/1988, somente pode ser alterada por emenda à Constituição.

5. Um exemplo de tentativa de eliminação da microvinculação na área da saúde foi a proposta do SUS Legal mencionada anteriormente (Jaccoud e Vieira, 2018). Esta demanda por uma desvinculação no âmbito micro sempre esteve presente nas falas de entes subnacionais da área da saúde, especialmente dos municípios, tendo sido chancelada em um documento do próprio governo federal, ainda que nele tenha se registrado que o repasse global dos recursos estaria condicionado à assunção da gestão plena do SUS, em sua esfera de governo, por parte dos municípios (Brasil, 1993). Todavia, isso nunca aconteceu, apesar de muitos municípios terem se habilitado nesta condição de gestão do sistema de saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Este texto está constituído por mais cinco seções. A seção 2 apresenta as fontes e os métodos utilizados para produção das ilustrações e levantamento de evidências da literatura técnico-científica. A seção 3 mostra o histórico do debate e das iniciativas para a macrovinculação orçamentária do gasto com saúde no Brasil, assim como os resultados obtidos. Na seção 4, discute-se se o montante de recursos alocado ao SUS é suficiente ou não, bem como se ganhos de eficiência poderiam suprir eventuais *deficits* de recursos do sistema. A seção 5 apresenta evidências produzidas a partir de estudos e pesquisas como maneira de reforçar argumentos a favor da macrovinculação orçamentária do gasto com saúde. E, por fim, a seção 6 resume, a título de considerações finais, os principais achados e argumentos discutidos neste texto.

2 MÉTODOS

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais para organizar a discussão sobre os assuntos tratados neste texto em duas perspectivas: *i*) uma histórica sobre a regulamentação da aplicação mínima de recursos no SUS, incluindo no relato as proposições que não lograram êxito e as motivações para esta regulamentação; e *ii*) outra de fundamentação teórico-empírica da hipótese de que os sistemas públicos universais de saúde, como o SUS, e a vinculação orçamentária do gasto mínimo em saúde no Brasil são relevantes à garantia do direito à saúde tal qual inscrito na CF/1988.

Revisões narrativas são realizadas com a finalidade de descrever o estado da arte de determinado assunto, sem necessariamente empregar uma estratégia sistematizada para uso de diversas fontes de informação, busca dos artigos e aplicação de critérios para avaliação e seleção dos trabalhos (Rother, 2007). São conduzidas por especialistas em determinada área do conhecimento e oferecem valioso resumo sobre assunto específico, não tendo pretensão outra do que apresentar uma visão geral das pesquisas sobre este tema (Petticrew e Roberts, 2006). Neste texto, a revisão narrativa buscou apresentar evidências sobre a relevância social e econômica das ações e dos serviços de saúde, bem como da participação do Estado nesta área; sobre o acelerado crescimento dos gastos em saúde; e a respeito do gasto público em saúde no Brasil em comparação internacional.

Gráficos foram utilizados para a apresentação de indicadores do gasto em saúde no país. Para sua elaboração, dados de dois sistemas de informação de acesso público foram empregados: *i*) do Siga Brasil,⁶ mantido pelo Senado Federal, que contempla dados sobre a execução orçamentário-financeira da União; e *ii*) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops),⁷ sob a gestão do MS, para obtenção de dados de execução orçamentária dos estados, do DF e dos municípios. Os valores monetários da despesa empenhada foram deflacionados pela variação média anual do IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo atualizados para valores de 2018.

3 VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE

3.1 Antecedentes

Antes de 1988, o sistema público de saúde do Brasil apresentava uma nítida segmentação institucional e de clientela: de um lado, havia o sistema patrocinado pela Previdência Social que proporcionava assistência médico-hospitalar à população vinculada ao mercado formal de trabalho, incluídos os servidores públicos; e, de outro lado, o sistema integrado pelo MS e pelas secretarias estaduais de saúde (SES) e secretarias municipais de saúde (SMS), dedicado às funções típicas de saúde pública (vigilância, controle de doenças transmissíveis e vacinação) e a algumas ações de assistência médica para a população não vinculada ao sistema previdenciário (Ipea, 2009). Uma parcela da população, com maiores recursos financeiros, pagava por serviços privados. O segmento mais pobre dependia de serviços assistenciais restritos oferecidos pelo MS e pelas SES e SMS, além de entidades filantrópicas.

Iniciativas governamentais desenvolvidas ao longo das décadas de 1970 e 1980 buscaram aumentar a cobertura⁸ e conferir maior articulação entre os serviços públicos (MS, SES e SMS) e a assistência médica da Previdência Social.⁹ Ou seja, quando a

6. Disponível em: <<https://bit.ly/2fsdiEz>>.

7. Para mais informações, acessar o *link*: <<https://bit.ly/1iph22t>>.

8. São da década de 1970 diversos programas de atenção primária à saúde, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS/1975); a expansão da assistência médica, ainda que de forma restrita a trabalhadores rurais (Funrural/1971); e a abertura dos serviços de urgência/emergência da Previdência a toda população, independentemente de vinculação previdenciária (Plano de Pronta Ação/1974).

9. São exemplos destas iniciativas as Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1986 e o Programa de Desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987.

CF/1988 foi aprovada, já havia certo consenso técnico e político em relação à proposta de criação de um sistema público integrado, universal, de atendimento igualitário e de gestão descentralizada (Ipea, 2009).¹⁰

No que se refere à participação federal no financiamento do sistema público, a tese vitoriosa na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já foi a de vinculação de recursos fiscais para o novo sistema (Brasil, 1986). Contudo, ao criar a Seguridade Social, a CF/1988 nela incluiu a Saúde e determinou que a Seguridade fosse financiada com recursos fiscais provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do DF, dos municípios e de contribuições sociais arrecadadas pela União. No âmbito do governo federal, o OSS seria dividido entre a Previdência, a Saúde e a Assistência Social.

3.2 A vinculação orçamentária na Constituição Federal de 1988

3.2.1 Constituição Federal de 1988 – subvinculação provisória dentro do OSS

O estabelecimento de um montante determinado de recursos para a saúde no orçamento federal, como pode ser verificado em trabalhos e manifestações que antecederam a CF/1988, como dito anteriormente, era um desejo expresso dos militantes da área, mas isso não prosperou no processo que culminou com a aprovação do conceito de Seguridade Social. Não foi por outro motivo que os constituintes aprovaram, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a destinação à área da saúde de 30% do OSS. Esta determinação valeria até a elaboração da lei de diretrizes orçamentárias (LDO) que, daí por diante, definiria, a cada ano, esse percentual. As primeiras LDOs até que repetiram esse dispositivo, mas, na prática, o valor destinado à saúde acabava sendo sempre menor (Vianna, 1992; Brasil e Opas, 2013).

Ainda no início dos anos 1990, houve aumento das despesas da Seguridade para atender a algumas das novas determinações constitucionais, tanto na área da previdência como da assistência social, tendo sido estabelecido o piso de um salário mínimo para os benefícios de prestação continuada. Em 1993, as transferências de recursos originários da contribuição sobre a folha de salários para o MS foram suspensas, o que levou esta instituição a ter de recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (Piola e Vianna, 2008; Mendes e Marques, 2009).

10. Esse consenso pode ser constatado nas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e até mesmo em iniciativas de reformulação do sistema público de saúde que precederam a criação do SUS, como as AIS, em 1986, e o Suds, em 1987.

Em 1994, o Fundo Social de Emergência (FSE) foi instituído com o objetivo de estabilizar a economia após a implantação do Plano Real e de possibilitar a geração de *superavit* nas contas do governo federal.¹¹ Esse fundo foi constituído por 20% do produto da arrecadação de todos os impostos e contribuições sociais, constituendo-se, assim, a desvinculação de recursos que até então deveriam ser aplicados exclusivamente em despesas nas áreas de previdência, saúde e assistência social. Criada para ser temporária, sucessivas prorrogações estenderam a desvinculação até os dias de hoje. O nome do fundo foi alterado, em 1997, para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, novamente, em 1999, quando passou a se chamar DRU. Com a DRU, não houve mais redução da base de cálculo para as transferências constitucionais a estados e municípios. Além disso, deixa-se de ter um fundo com finalidades específicas¹² e tem-se um mecanismo genérico de desvinculação de impostos e contribuições sociais sob o argumento da necessária redução da rigidez orçamentária, resultando em maior flexibilidade para o governo utilizar significativa parcela do *superavit* primário no pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública (Jorge, 2018). A aplicação da DRU foi prorrogada em 2016 para 2023, com ampliação do percentual de desvinculação de 20% para 30% e previsão de que, além da União, estados e municípios também possam fazer uso deste mecanismo, excetuando-se os recursos destinados ao financiamento das ASPS no caso desses entes da Federação (Brasil, 2016).

3.2.2 Vinculação de fonte específica no âmbito da União e propostas mais abrangentes

Uma tentativa de garantir recursos para o MS foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1997. Essa contribuição, inicialmente criada para suprir carências do MS, vigorou até 2007 quando deixou de ser renovada. A partir de 1999, a CPMF passou a ser compartilhada com outras áreas por meio de progressivos aumentos de alíquota, deixando de ser exclusiva para a saúde. Ademais, com o passar dos anos, o valor destinado à saúde deixou de ter impacto integral. Era para ser um recurso adicional, mas se tornou uma fonte substitutiva de recursos de outras fontes que tradicionalmente eram utilizadas para financiar os programas e ações orçamentários do MS (Conass, 2007; Servo *et al.*, 2011).

11. A estabilização dos preços proporcionada pelo Plano Real explicitou a necessidade de ajuste das contas públicas com o fim do chamado *imposto inflacionário*, que permitia aos governos o ajuste de receitas e despesas por meio da postergação dos desembolsos, o que corroía os seus valores reais.

12. Os recursos do FSE e do FEF deveriam ser alocados prioritariamente em saúde, educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais. Alocação prioritária é diferente de compulsória. Na prática, os fundos criaram as bases para que a União pudesse ter maior discricionariedade na gestão dos recursos (Jorge, 2018).

Paralelamente, desde 1993, com a crise de financiamento do MS, ocasionada pelo afastamento dos recursos provenientes da contribuição sobre a folha de salários do custeio da assistência médica, então já provida por meio do SUS, começaram a aparecer diversas propostas legislativas com o objetivo de vincular recursos ao sistema. A primeira, propondo a vinculação de recursos nas três esferas de governo, foi apresentada, em junho de 1993 (PEC nº 169/1993), pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires. Ela previa o aporte de 30% do OSS e mais 10% da arrecadação de impostos para a Saúde, no caso da União. Os estados, o DF e os municípios deveriam aplicar, no mínimo, 10% das receitas de impostos. Além desta, outras propostas de vinculação de recursos para a saúde foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, entre elas, a de vinculação de receitas de contribuições sociais à saúde¹³ e a de vinculação da aplicação mínima a um percentual do produto interno bruto – PIB¹⁴ (Marques, 1999; Conass, 2007; Servo *et al.*, 2011; Brasil e Opas, 2013).

3.2.3 Propostas de vinculação e a EC nº 29/2000

A EC nº 29/2000 foi a resultante de proposições de vinculação de recursos apresentadas ao Congresso Nacional entre 1993 e 1999. Esta emenda definiu os montantes mínimos para as aplicações de recursos pela União, estados, DF e municípios em ASPS. No caso da União, a emenda fez uma vinculação a partir de um volume de gastos, o montante empenhado em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%, valor este que seria corrigido, ano a ano, pela variação nominal do PIB. Esta regra para definição do piso das aplicações da União teve validade até a EC nº 86/2015, conforme será visto mais adiante. Para os estados e o DF, ficou estabelecido que estes entes deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada; e os municípios, por seu turno, deveriam aplicar, no mínimo, 15% dessa receita. Em 2000, o valor a ser aplicado por estados e municípios deveria corresponder, no mínimo, a 7% das respectivas receitas vinculadas, sendo que as diferenças em relação aos percentuais estabelecidos de 12% e 15% deveriam ser superadas até 2004, na proporção de, pelo menos, um quinto ao ano (Servo *et al.*, 2011).

13. PEC 82-A de autoria do deputado Carlos Mosconi que determinava a vinculação das receitas da Contribuição para o Financiamento da Seguridade (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) à saúde.

14. PEC de autoria do deputado José Aristodemo Pinotti que propunha vincular o equivalente a 5% do PIB do ano anterior ao financiamento da saúde.

Os primeiros anos de implantação da EC nº 29/2000 foram palco de debates a respeito da interpretação de alguns pontos. As questões iniciais envolveram o conceito de ações e serviços públicos de saúde¹⁵ e a celeuma em torno da aplicação da correção anual do valor a ser aplicado pela União. A primeira questão foi inicialmente resolvida pela Resolução nº 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, cujos regramentos debatidos em reuniões deste conselho foram acolhidos anteriormente pelo MS, com a edição da Portaria nº 2.047/2002, que definiu uma indicação mais específica das despesas que poderiam ou não serem classificadas como ASPS (Brasil, 2002; 2003). A segunda foi a polêmica da chamada base fixa *versus* base móvel, ocorrida em 2001 e 2002. Na visão da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional do Ministério da Fazenda (PGFN/MF), seguida pela Advocacia-Geral da União (AGU), o “valor apurado no ano anterior” para 2000 seria o valor apurado em 1999 acrescido de 5%. Sobre esse valor, já fixado, seria acrescida, ano a ano, a variação nominal do PIB. A consultoria jurídica do MS, por sua vez, interpretou “valor apurado no ano anterior” como o montante *efetivamente* empenhado pelo MS, em cada exercício financeiro. Ou seja, se o valor empenhado pelo MS, mesmo em 2000, para os gastos em ASPS, fosse superior ao mínimo, este valor passaria a ser a base para aplicação da variação do PIB. Vem daí o conceito de *base móvel*. Essa questão foi objeto da Decisão nº 143, de 20 de março de 2002, item 18.1, do Tribunal de Contas da União (TCU) que se manifestou favoravelmente à tese da base móvel (Piola *et al.*, 2013).

A EC nº 29/2000 foi bem-sucedida ao comprometer, de forma mais expressiva, estados, DF e municípios, no financiamento do SUS. A participação destes entes no financiamento do sistema subiu de 49,9% dos recursos, em 2003, para 56,7%, em 2017. Como percentual do PIB, o gasto das três instâncias de governo passou de 3,16% do PIB, em 2003, para 4,05%, em 2017. O gasto *per capita* das três esferas com ASPS praticamente duplicou em termos reais, passando de R\$ 670, em 2003, para R\$ 1.279, em 2017 (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

Nada obstante, apesar desses resultados positivos, diversos fatores contribuíram para que o montante de recursos aportado ao SUS em decorrência da vinculação não tenha sido ainda mais expressivo. O primeiro, e talvez mais importante, foi a demora

15. Discutia-se, por exemplo, se as despesas com inativos e pensionistas das instituições da saúde poderiam ser incluídas para efeito de cumprimento do piso de gasto.

na regulamentação da EC nº 29/2000, o que só veio a ocorrer em 2012 por meio da Lei Complementar nº 141 (LC nº 141/2012), ou seja, mais de dez anos transcorridos da aprovação da emenda em 2000 (Brasil, 2012). Somente com a LC nº 141/2012 foram criados mecanismos que forcem o seu cumprimento, por exemplo, a suspensão de transferências constitucionais tais como o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Segundo estudos realizados pela equipe responsável pelo Siops, aplicando os critérios da Resolução nº 322/2003 do CNS, em 2008, treze estados não estavam cumprindo o piso de 12% da receita vinculada para a saúde, quando analisados seus balanços e retiradas as despesas que não atendiam ao definido na referida resolução. Os estados estavam aplicando, em média, 9,6% da receita vinculada. Isso significou, no período de 2004-2008, que mais de R\$ 16 bilhões não foram alocados no SUS. O mesmo problema de incorporação de despesas não elegíveis para o cumprimento do piso foi encontrado na participação da União (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011).

Por sua vez, somente após a regulamentação da EC nº 29/2000 com a LC nº 141/2012 foram introduzidos a obrigatoriedade e os mecanismos de acompanhamento para a efetiva execução dos recursos empenhados. Valores substanciais eram utilizados na contabilização do mínimo anual, inscritos como restos a pagar (RPs), e posteriormente não eram executados financeiramente. Só no governo federal, estudos realizados demonstram que, ao se deduzir os cancelamentos de despesas inscritas em RPs, a aplicação pela União foi inferior ao patamar mínimo para a maioria dos exercícios entre 2002 e 2011, deixando-se de aplicar em ASPS, aproximadamente, R\$ 10,9 bilhões em valores de 2014, quando ainda não havia dispositivo legal impondo a necessária reposição dos cancelamentos de RPs (Vieira e Piola, 2016). Já sob a obrigatoriedade de reposição dos RPs cancelados, R\$ 6,7 bilhões em valores de 2018 não foram devidamente compensados, comprometendo pisos de aplicação do período 2003-2014 (Vieira, Piola e Benevides, 2018). Essa prática também deve ter ocorrido nas aplicações de recursos por parte dos estados, do DF e dos municípios, mas não chegou a ser dimensionada por nenhum estudo.

Outro fator que contribuiu para diminuir a eficácia da vinculação para a saúde foi a forma como a União cumpriu a vinculação de seus recursos para o setor. Em quase todo o período de vigência da EC nº 29/2000, na correção anual das aplicações da

União, esta instância se limitou a cumprir o piso estabelecido no seu limite, até mesmo porque, se o superasse, ampliaria a base sobre a qual incidiria a variação do PIB, aumentando ainda mais o piso para o ano subsequente. Para evitar esse efeito, na prática, o que deveria ser um piso, virou teto (Piola *et al.*, 2013; Barros e Piola, 2016).

3.2.4 O advento da EC nº 86/2015

A trajetória da EC nº 29/2000 aguçou o sentimento de que esse instrumento, apesar de ter contribuído para o aumento do volume de recursos para o SUS, resultou em montante insuficiente para que o sistema pudesse cumprir seus preceitos constitucionais de universalidade na cobertura e integralidade no atendimento. A análise do comprometimento das três esferas evidenciava que, apesar das três instâncias terem aumentado os gastos, a evolução das participações, como percentual do PIB, tinha ocorrido com menor esforço da União, cujos gastos se mantiveram praticamente no mesmo percentual do PIB entre 2003 e 2015, em torno de 1,6% desse indicador (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

Não foi por outro motivo que a regulamentação da EC nº 29/2000 foi tida como uma boa ocasião para aumentar a participação da União no financiamento do SUS. Contudo, a LC nº 141/2012 não incorporou nenhuma das propostas de aumento da participação federal no financiamento do SUS (Marques e Piola, 2014). Diante desse fato, ganhou corpo um PLP com o objetivo de aumentar a participação da União no financiamento do SUS para o equivalente a 10% da RCB. Isso definiria, também para a União, uma vinculação baseada na evolução de receitas, como ocorre para estados, DF e municípios. No Congresso, a iniciativa começou a tramitar como o PLP nº 321/2013, tendo sido apresentados diversos substitutivos, prevalecendo o que alterava a vinculação de 10% da RCB para 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL), percentual equivalente, na época, a 10% da RCB (Ipea, 2016).¹⁶

Após infundáveis debates, em março de 2015, foi aprovada uma alteração na participação federal no financiamento do SUS na EC nº 86/2015, desconsiderando-se totalmente o PLP nº 321/2013 e o clamor de diversas instituições do Movimento de

16. A substituição de percentual equivalente da RCL procurava evitar contestações legais à vinculação tendo como base a RCB, uma vez que várias das receitas que compõem a RCB já possuem destinação específicas, como as contribuições previdenciárias e os repasses constitucionais para estados e municípios (Ipea, 2016).

Reforma Sanitária Brasileiro (Vieira, 2016a). A EC nº 86/2015 mudou o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS e manteve as regras vigentes para os demais entes federados. Com esta emenda foi aprovada, para o gasto federal em saúde, uma vinculação à RCL nos seguintes percentuais: em 2016, o equivalente a 13,2% da RCL; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15% em 2020 (Brasil, 2015).¹⁷

A EC nº 86/2015 ficou conhecida como Emenda do Orçamento Impositivo, uma vez que, junto com a mudança da vinculação do piso federal para a saúde, tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais até o limite de 1,2% da RCL prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade do valor deve ser destinada ao financiamento de ASPS (§9º do art. 166 da CF/1988). A vinculação do equivalente a 0,6% da RCL em emendas parlamentares individuais para a saúde, na prática, criou uma subvinculação dentro da vinculação geral para ASPS, visto que as emendas impositivas ficam contidas dentro da vinculação mais geral. A edição da EC nº 86/2015 também foi aproveitada para inserir as despesas com ASPS custeadas com a parcela da União oriunda de *royalties* do petróleo como computáveis para fins de cumprimento do piso de recursos da União. Antes desta definição, os recursos destinados à saúde, provenientes da participação da União nas receitas de compensação financeira pela exploração do petróleo, deveriam ser alocados à saúde como recursos adicionais. Recentemente, sob força de medida cautelar expedida pelo ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski, na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.595/2017, esses recursos devem ser alocados adicionalmente ao piso federal (Brasil, 2017).¹⁸

17. Comissão Especial da Câmara, criada em 2012 para discutir o financiamento da saúde, chegou a propor os mesmos percentuais. A proposta desta comissão, no entanto, era de se criar uma contribuição social específica para a saúde (Brasil, 2013b).

18. A alocação de recursos à saúde em relação às receitas da compensação financeira pela exploração do petróleo está prevista no inciso I do §2º da Lei nº 12.858/2013 e se refere a 25% das "receitas dos órgãos da administração direta da União provenientes dos *royalties* e da participação especial decorrentes de áreas cuja declaração de comercialidade tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012, relativas a contratos celebrados sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as leis nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, nº 12.276, de 30 de junho de 2010, e nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva" (Brasil, 2013a), após deduzidas as transferências para estados, DF e municípios. A arrecadação com esses contratos pode aumentar e, com isso, o volume de recursos a ser alocado à saúde. Mas, por ora, o valor ainda é baixo. Estimou-se que, em 2018, o valor a ser acrescido ao piso do MS, por força da medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.595, seria de R\$ 90,6 milhões.

Com o aguçamento da crise fiscal, já no primeiro ano de execução, as definições da EC nº 86/2015 tornaram-se inaptas ao propósito de aumentar a vinculação federal de recursos para o SUS. Em 2016, o piso para o financiamento federal seria o equivalente a 13,2% da RCL, um montante estimado em R\$ 100,2 bilhões. Pela regra anterior, correção pela variação do PIB, o piso para o mesmo ano seria de, aproximadamente, R\$ 104,0 bilhões (Funcia e Ocké-Reis, 2018). A nova regra de vinculação dos gastos em saúde no governo federal mostrou-se ainda mais inapropriada com o aprofundamento da retração econômica, fazendo com que a vinculação para a saúde, no Novo Regime Fiscal (NRF), tivesse de queimar etapas na implementação dos percentuais de comprometimento da RCL previstos, como se verá mais adiante.

3.2.5 A EC nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal

A EC nº 95/2016, ao estabelecer um novo regime fiscal, congelou as despesas primárias da União até 2036, adotando o regime de execução financeira para acompanhamento do teto de despesas. Se não chegou a desvincular a obrigatoriedade de um piso de recursos federais para o SUS, retirou a principal virtude da vinculação, qual seja a de atrelar o crescimento dos recursos da saúde à retomada do crescimento da economia (Vieira e Benevides, 2016a; 2016b).

Apesar do ganho aparente de recursos em 2017, devido à antecipação da aplicação do percentual de 15% da RCL, previsto para ser atingido em 2020 conforme a EC nº 86/2015, a partir de 2018 o piso de despesas da União com ASPS permanecerá congelado em valor equivalente a 15% da RCL de 2017, atualizado, anualmente, pela variação do IPCA do IBGE (Brasil, 2016).

Os efeitos negativos da EC nº 95/2016 sobre o financiamento federal da saúde foram sobejamente demonstrados em diferentes estudos como em Vieira e Benevides (2016a; 2016b) e Funcia e Ocké-Reis (2018), e os possíveis impactos sobre a saúde da população foram alertados em Vieira (2016b). Exercício contrafactual comparando os resultados obtidos no período de 2001-2015, sob as regras da EC nº 29/2000, com estimativa daqueles resultantes da aplicação dos regramentos estabelecidos pela EC nº 95/2016, demonstra que, se utilizadas as regras do NRF, observar-se-ia queda dos gastos federais com relação ao PIB (0,5 ponto percentual – p.p.) e diminuição importante no gasto *per capita* (Funcia e Ocké-Reis, 2018).

Mas o NRF trouxe outros problemas para o financiamento da saúde. Vieira, Piola e Benevides (2018) demonstraram uma tendência ao aumento dos RPs, o que agrava a situação de subfinanciamento da saúde. Curiosamente, foi mantido para a saúde o regime de despesa empenhada para a verificação do cumprimento do disposto no art. 198, da CF/1988, que trata da vinculação de recursos da União para a saúde, enquanto o acompanhamento do teto geral de despesas no NRF é realizado pela despesa paga (art. 106, do ADCT, da mesma Constituição Federal). Essa duplicidade de critérios permite uma “folga” de disponibilidade financeira para outras áreas, sem descumprir o piso da saúde.

3.2.6 Vinculação orçamentária do gasto público em saúde: modelos adotados

Como demonstrado anteriormente, adotaram-se, no Brasil, diferentes modelos de vinculação orçamentária do gasto em saúde. No quadro 1, apresenta-se um esforço de sistematização dos modelos de vinculação implementados, segundo o nível da vinculação (macro ou micro), os dispositivos legais que os instituíram e os resultados imediatos esperados.

Os objetivos principais da busca pela macrovinculação foram garantir os recursos necessários ao financiamento dos serviços e ampliar o montante de recursos alocados ao SUS. Este último propósito foi perdido com a aprovação da EC nº 95/2016. A vinculação orçamentária do piso para a saúde foi mantida, mas está congelada em termos reais, ou seja, o gasto mínimo com saúde será corrigido apenas pela inflação até 2036.

QUADRO 1

Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: nível da vinculação, modelos adotados e resultados imediatos esperados

Nível da vinculação orçamentária	Modelo de vinculação	Dispositivos legais e/ou normativos	Especificação	Resultados esperados do modelo de vinculação
Macrovinculação orçamentária do gasto em saúde (definição de pisos de aplicação em saúde)	Vinculação do gasto em saúde às receitas	Art. 55, do ADCT, da CF/1988	Para a União, 30%, no mínimo, do OSS, excluído o seguro-desemprego até que seja aprovada a LDO.	Flutuante: montante mínimo de recurso a ser alocado à saúde varia de acordo com parâmetros pré-estabelecidos.
	Vinculação do gasto mínimo às receitas	Art. 6º, da EC nº 29/2000	→ Aplicação de recursos mínimos em ASPs, a partir de 2004, como segue: I – No caso dos estados e do DF: 12% das receitas próprias, incluindo as transferências constitucionais e legais recebidas da União, deduzidas as parcelas transferidas para os respectivos municípios. II – No caso dos municípios e do DF: 15% das receitas próprias, incluindo as transferências constitucionais e legais recebidas da União.	
			→ Regra de transição foi estabelecida para a aplicação entre 2001 e 2003.	

(Continua)

(Continuação)

Nível da vinculação orçamentária	Modelo de vinculação	Dispositivos legais e/ou normativos	Especificação	Resultados esperados do modelo de vinculação
Macrovinculação orçamentária do gasto em saúde (definição de pisos de aplicação em saúde)	Vinculação do gasto mínimo às receitas	Art. 1º, da EC nº 86/2015	No caso da União, 15% da RCL, escalonado como segue: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15% em 2020.	Flutuante: montante mínimo de recurso a ser alocado à saúde varia de acordo com parâmetros pré-estabelecidos.
	Vinculação do gasto mínimo à variação anual do PIB	Art. 6º, da EC nº 29/2000	I – No caso da União: o valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (em %).	
	Vinculação do gasto mínimo à variação anual do PIB na presença de crescimento econômico	Parágrafo 2º, art. 5º, da LC nº 141/2012	Para a União, em caso de variação negativa do PIB, o valor empenhado não poderia ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.	Flutuante com impedimento de retrocesso nominal do gasto: montante mínimo de recursos a ser alocado à saúde varia de acordo com parâmetros pré-estabelecidos desde que isso não implique redução do valor nominal em relação ao ano anterior.
	Gasto mínimo em valor fixo corrigido anualmente apenas por um índice de inflação	Art. 1º, da EC nº 95/2016	Para a União, em 2017, o valor equivalente a 15% da RCL e de, 2018-2036, os valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pelo IPCA, de acordo com a metodologia definida na EC nº 95/2016.	Estático: montante mínimo de recursos a ser alocado à saúde fica estático, em termos reais.
Microvinculação orçamentária do gasto em saúde (para destinação a finalidades específicas no âmbito do SUS)	Vinculação do gasto a intervenções específicas em saúde (políticas, programas ou outras intervenções em saúde)	Leis orçamentárias anuais	Nas leis orçamentárias anuais de cada ente da Federação, estão definidas as destinações dos recursos por meio das classificações orçamentárias de funções, subfunções, programas, ações orçamentárias etc.	Recursos para financiamento de intervenções específicas pré-definidas (políticas, programas e serviços de saúde, por exemplo).
		Portaria GM/MS nº 3.992/2017, e outros atos administrativos	Transferências federais de recursos vinculadas a aplicações específicas, como atenção básica, assistência farmacêutica, estruturação da Rede Cegonha, vigilância sanitária etc.	

Elaboração dos autores.

Obs.: GM – Gabinete do ministro.

Na subseção 3.3, os resultados da macrovinculação orçamentária do gasto público em saúde são apresentados e discutidos.

3.3 O gasto com ASPS das três esferas de governo sob a vigência da vinculação orçamentária

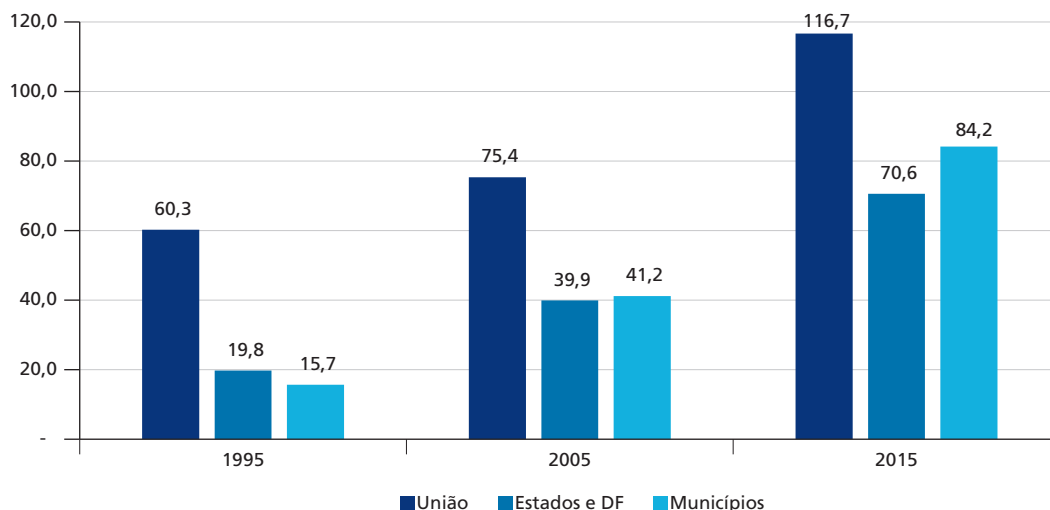
Embora a macrovinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil tenha sido instituída com a CF/1988, como já visto, essa norma não foi cumprida no início dos anos 1990. Foi incluída pelo Executivo e chancelada pelo Congresso Nacional nas LDOs de cada ano, tendo sido, finalmente, vetada em 1994. A facilidade com que esse descumprimento e essa negação da norma aconteceu deveu-se ao fato de que se tratava de uma regra transitória. Também revela o descompromisso dos governos da época com a implantação do SUS, haja vista a ausência de iniciativas para garantir recursos estáveis para o financiamento de ações e serviços de saúde em substituição à regra vetada.

A luta nos anos seguintes pela vinculação de recursos à saúde, em meio à grave crise de financiamento do SUS nos anos 1990, resultou na aprovação da EC nº 29, em 2000 (Faveret, 2003; Brasil e Opas, 2013). A partir desse ano, considera-se que a macrovinculação foi efetivamente implantada no país para os gastos em saúde. A seguir, os resultados desse processo serão examinados.

3.3.1 Ampliação do montante de recursos alocado pela União, estados, Distrito Federal e municípios

O gráfico 1 compara o gasto com saúde das três esferas de governo em 1995, quando não havia vinculação de recursos mínimos para a saúde, com o gasto efetuado em 2005 e 2015, sob a vigência da EC nº 29/2000, com intervalo de dez anos entre cada ano avaliado. Como pode ser constatado, houve ampliação do montante alocado pela União, estados, DF e municípios para financiamento do SUS.

GRÁFICO 1
Despesas com saúde por esfera de governo – Brasil
(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: Fernandes *et al.* (1998), para dados de 1995; Siga Brasil, para dados da União (disponível em: <<https://bit.ly/2fsdiEz>>), e Siops, para dados dos estados, do DF e dos municípios, relativos a 2005 e 2015 (disponível em: <<https://bit.ly/2ofcYQ5>>).
Elaboração dos autores.

Em valores de 2018, o gasto público em saúde da União passou de R\$ 60,3 bilhões, em 1995, para R\$ 116,7 bilhões, em 2015, correspondendo a um crescimento de 94% no período. Os gastos dos estados e do DF também aumentaram significativamente (257%), passando de R\$ 19,8 bilhões para R\$ 70,6 bilhões. Mas o maior esforço

fiscal foi realizado pelo conjunto dos municípios, cujo gasto somado totalizou R\$ 84,2 bilhões em 2015, representando um aumento de 437% em relação aos R\$ 15,7 bilhões alocados em 1995.

Ainda que a participação da União no financiamento do SUS tenha caído ao longo desses anos, com a ampliação da participação dos estados e, especialmente, dos municípios, resultando em uma mudança na composição do gasto segundo esfera de governo (Piola, Benevides e Vieira, 2018), os números absolutos mostram que, sob a vigência da EC nº 29/2000, o gasto público com saúde expandiu em todas as esferas de governo. Na maioria dos anos desta série, observou-se crescimento econômico,¹⁹ cujos ganhos em termos de aumento da arrecadação e do PIB foram apropriados à área da saúde resultando em ampliação dos recursos para o SUS, podendo-se afirmar que a vinculação foi determinante no caso dos estados e da União, que se mantiveram empenhando despesas em valores muito próximos ao do piso (Vieira, Piola e Benevides, 2018). Para os municípios, além desses, outros fatores estavam em jogo, uma vez que seu esforço superou em muito a aplicação mínima obrigatória, como se verá mais adiante.

Ainda no caso da União, o gráfico 2 evidencia o efeito da vinculação de recursos ao SUS com a implementação de modelos diferentes de vinculação orçamentária, os das EC nºs 29/2000, 86/2015 e 95/2016.

Além disso, nota-se que o gasto federal com saúde foi afetado e sofreu redução, entre 2015 e 2016, em razão da alteração do modelo de vinculação pela EC nº 86/2015, que passou a vigor nesse último ano em substituição ao da EC nº 29/2000. Com a vinculação do gasto mínimo a percentual da RCL em um momento de recessão econômica e queda da arrecadação, observou-se redução real de 2,4% dos recursos alocados pelo MS entre esses dois anos. Em 2017, verifica-se um aumento do gasto, em decorrência de nova mudança no modelo de vinculação de recursos para o SUS em âmbito federal. A EC nº 95/2016 antecipou a aplicação de 15% da RCL para esse ano, algo que pela EC nº 86/2015 somente ocorreria em 2020. Também se verificou aumento real do PIB (0,99%), o que contribuiu para o aumento da RCL. Contudo, a alocação de recursos cumpriu a aplicação mínima somente se o valor for apurado com base nas despesas empenhadas. Caso a apuração se desse com base nas despesas pagas e nos RPs pagos, regime

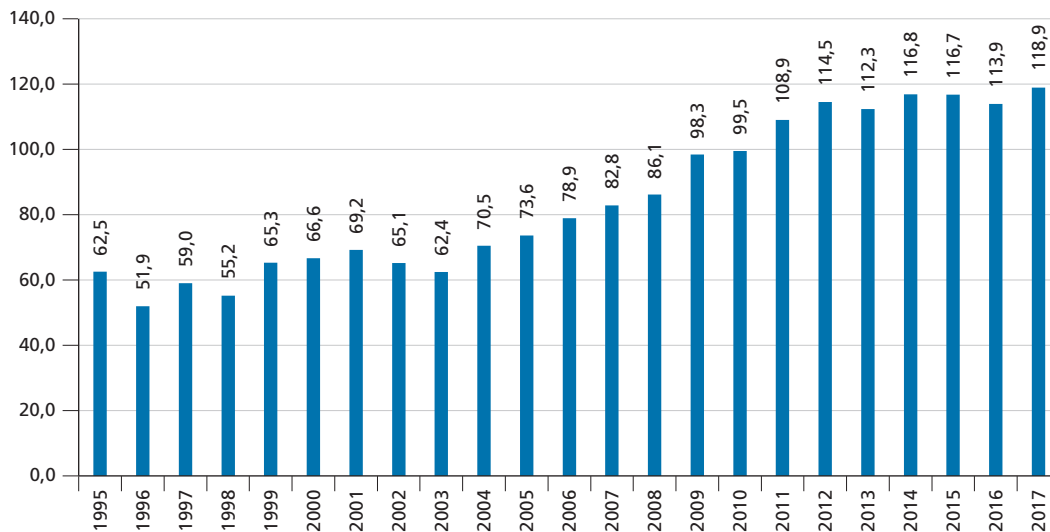
19. Ipeadata. Produto interno bruto (PIB) a preços básicos: variação real anual. Atualizado em 14 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2JYbzmu>>. Acesso em: 11 jun. 2019. Para realizar a consulta, acesse o *link* informado; clique em *temas*, depois em *contas nacionais* e em seguida em *IBGE/SCN Anual*. Selecione, então, a variável *Produto interno bruto (PIB) a preços básicos: variação real anual*.

adotado com a EC nº 95/2016 para o teto de gastos (despesas primárias), a União não teria cumprido o piso da saúde naquele ano. Houve aumento das despesas inscritas em RPs em relação ao ano anterior (Vieira, Piola e Benevides, 2018).

GRÁFICO 2

Despesas empenhadas pelo governo federal com ASPS (1995-2017)

(Em R\$ bilhões de 2018)



Fonte: França e Costa (2011), para dados de 1995-2001; Siga Brasil, para dados de 2002-2017, com metodologia de apuração das despesas com ASPS descrita por Vieira e Piola (2016).

Elaboração dos autores.

Obs.: Dados deflacionados pela variação anual média do IPCA.

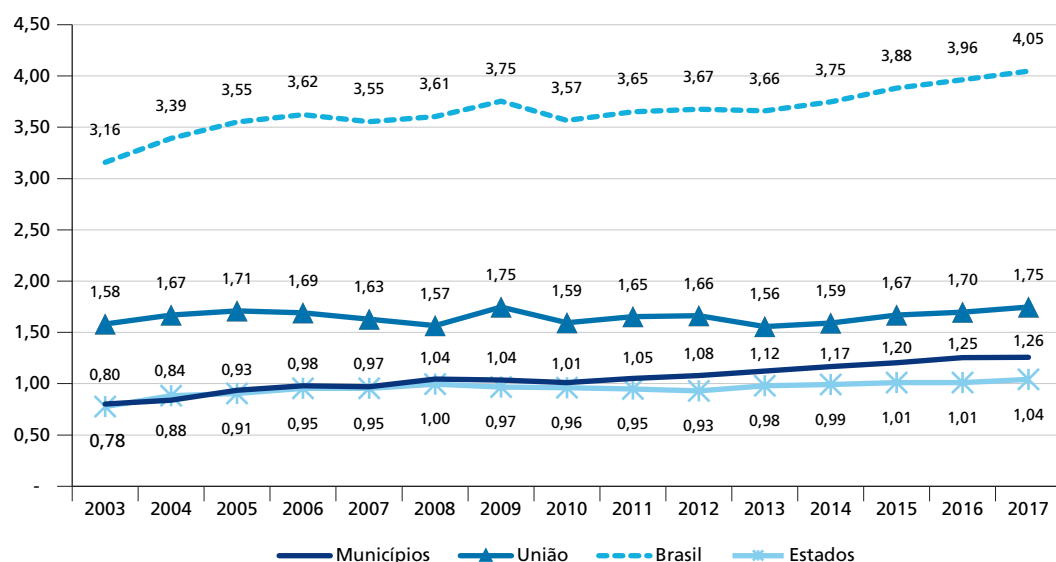
De forma geral, as informações ora apresentadas corroboram os achados de estudo publicado anteriormente que demonstrou ganhos com a instituição da EC nº 29/2000, no período de 2000-2010, quanto à ampliação dos recursos para financiamento do SUS; todavia, os autores deste estudo alertaram para o fato de que, apesar dessa ampliação, as desigualdades regionais na sua distribuição, em termos *per capita*, permaneciam quase inalteradas, evidenciando grandes variações no território nacional (Piola, França e Nunes, 2016). Essa conclusão se mantém quando analisados anos mais recentes da série de dados de 2003-2017 (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

3.3.2 Estabilização da participação do gasto federal e crescimento da participação do gasto dos municípios, dos estados e do DF no PIB

A ampliação dos recursos alocados à saúde no SUS sob a vigência da vinculação orçamentária contribuiu para a estabilização da participação do gasto federal no PIB ao longo dos

anos, algo que já tinha sido ressaltado em artigo publicado por França e Costa (2011), e para crescimento dessa participação no caso de estados e municípios (gráfico 3).

GRÁFICO 3
Participação do gasto com ASPS por esfera de governo (2003-2017)
(Em % do PIB)



Fonte: Siga Brasil, para dados da União; Siops, para dados dos estados, do DF e dos municípios (disponível em: <<https://bit.ly/2ofcYQ5>>); IBGE, para o PIB (disponível em: <<https://bit.ly/2nuFTzR>>).
Elaboração dos autores.

Entre 2003 e 2017, nota-se aumento da participação do gasto das três esferas com ASPS em 0,89 p.p., passando de 3,16% do PIB para 4,05%. Importante destacar que a maior inclinação da curva apresentada no gráfico 3 a partir de 2014, indicando um percentual maior de participação das despesas com ASPS no PIB, se deve à queda do denominador (PIB) e não ao aumento dessas despesas. Na série de 2003-2014, o aumento foi de 0,50 p.p.

3.3.3 Aplicação mínima em ASPS de 12% dos recursos próprios de alguns estados dependeu das sanções impostas pela LC nº 141/2012

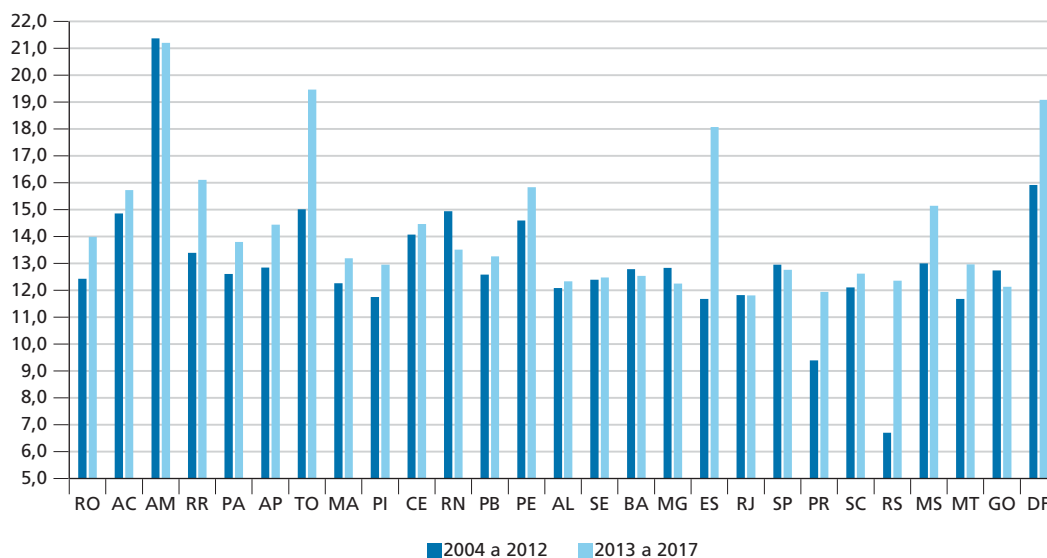
A vinculação orçamentária introduzida pela EC nº 29/2000 por si só não foi suficiente para que alguns estados cumprissem o percentual mínimo de aplicação de 12% dos seus recursos próprios em ASPS. O atendimento dessa obrigação constitucional somente ocorreu, nesses casos, com a introdução de sanções severas a partir da aprovação

da LC nº 141 em 2012, seja para o descumprimento das aplicações mínimas ou para a inobservância das determinações nela previstas. Esta lei complementar estabelece a suspensão de transferências constitucionais, no caso de não declaração do gasto com ASPS por meio do Siops, e o redirecionamento de parcela do FPE e do FPM para a conta bancária do fundo de saúde, no caso de aplicação inferior ao piso da saúde.

GRÁFICO 4

Percentual médio das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC nº 141/2012

(Em % das receitas)



Fontes: Ministério da Saúde e Siops (disponível em: <<https://bit.ly/2ofcYQ5>>).
Elaboração dos autores.

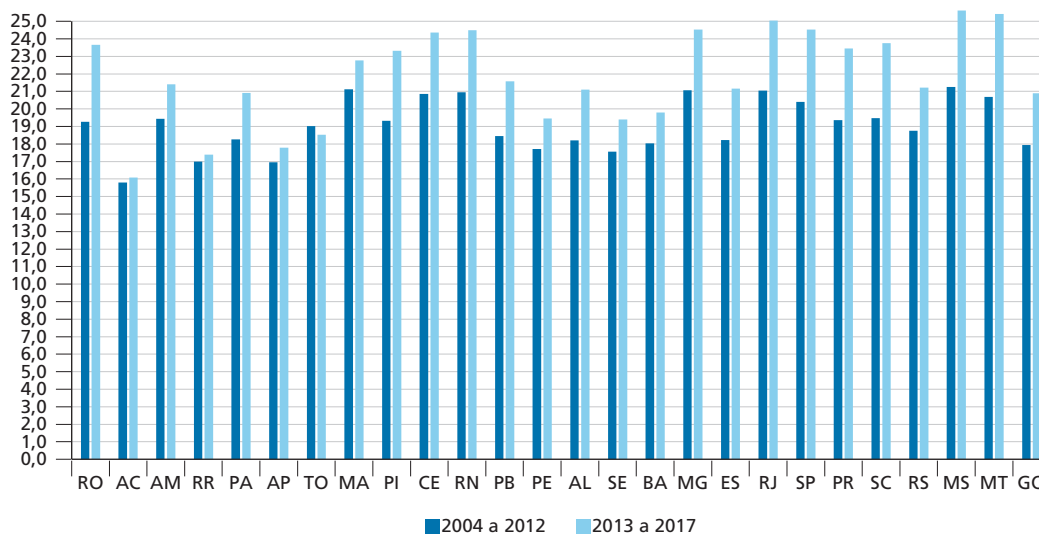
Como mostra o gráfico 4, no período de 2004-2012, o percentual médio de aplicação dos seguintes estados era inferior a 12%: Espírito Santo (11,7%), Mato Grosso (11,7%), Paraná (9,4%), Piauí (11,7%), Rio de Janeiro (11,8%) e Rio Grande do Sul (6,7%). Já no período pós-estabelecimento de sanções (2013-2017), somente os estados do Paraná (11,9%) e do Rio de Janeiro (11,8%) continuaram aplicando em média menos de 12% em ASPS, ficando sujeitos ao redirecionamento de parcela de seu FPE para a conta do fundo estadual de saúde. Este mapeamento está baseado em dados declarados pelos entes e informados por meio do Siops. Análises mais detalhadas dos demonstrativos contábeis dos estados podem indicar um quadro mais grave de descumprimento dos preceitos constitucionais, como já foi identificado em alguns estudos (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011).

Nos últimos anos, a partir de 2014, a elevação do percentual de aplicação também pode ser atribuída aos efeitos da crise econômica. As despesas com saúde são menos elásticas que outras despesas. Não se consegue impor uma grande compressão a elas, mesmo com a queda da arrecadação que afetou profundamente os estados. Com a redução das receitas em maior magnitude do que a redução das despesas, o resultado é que o indicador *percentual de aplicação dos recursos próprios em ASPS* se revela maior em relação aos anos anteriores, de forma proeminente para alguns estados.

3.3.4 Aplicação média em ASPS dos municípios por Unidade da Federação superou a aplicação mínima de 15% dos recursos próprios desde 2004

No caso dos municípios, como apresenta o gráfico 5, desde 2004 o percentual médio de aplicação do conjunto destes entes em cada Unidade da Federação superou os 15% dos seus recursos próprios.

GRÁFICO 5
Percentual médio das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC nº 141/2012
(Em % das receitas)



Fonte: Ministério da Saúde e Siops (disponível em: <<https://bit.ly/2ofcYQ5>>).
Elaboração dos autores.

A descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios e a pressão da demanda contribuíram em maior grau para a ampliação do esforço municipal, muito além do percentual mínimo obrigatório (Santos Neto *et al.*, 2017).

A média de aplicação de todos os municípios brasileiros foi de 20,2%, em 2012, e passou para 22,5%, em 2017.

Na seção 4, após o esforço de ampliação dos recursos para financiamento do SUS, discute-se se o montante de recursos alocado é suficiente ou não, bem como se ganhos de eficiência poderiam suprir eventuais *deficits* de recursos do sistema.

4 FINANCIAMENTO E GASTO DO SUS: GASTAMOS MUITO, POUCO OU GASTAMOS MAL?

4.1 Por que se diz que o gasto público em saúde é baixo?

Considera-se que o gasto público brasileiro é baixo ao compará-lo com os valores encontrados em outros países que têm sistemas de saúde de acesso universal ou que têm valores aproximados de renda *per capita*. O Brasil, como visto anteriormente, teve, em 2013, um gasto total com saúde de, aproximadamente, 8,2% do PIB (IBGE, 2017). Esse percentual coloca-o acima do percentual médio encontrado nos países de renda média e alta, segundo dados da Organização Mundial da Saúde.²⁰ Mas o que na verdade distingue o Brasil desse grupo de países é o fato insólito de ter um gasto público que representa apenas 43,5% do gasto total, a despeito de possuir um sistema com a obrigação de prover acesso universal.

Ademais, recursos públicos compartilham do financiamento de serviços destinados a clientela fechadas (funcionários públicos dos três Poderes) e cofinanciam, mediante renúncia fiscal, os serviços privados de saúde. Isso se concretiza por meio da dedução, sem limite, de gastos com assistência à saúde no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, gerando, em 2015, por exemplo, gasto tributário de R\$ 16,2 bilhões. Ou seja, uma parte da população tem direito à cobertura pelo SUS, nosso sistema universal, e, ao mesmo tempo, com subsídio público tem uma cobertura duplicada (Ocké-Reis e Fernandes, 2018). Com isso, o gasto tributário contribui para o aumento das desigualdades de acesso a serviços de saúde no país e para a ampliação das desigualdades de renda, já que é apropriado em maior proporção pela parcela da população que detém maiores rendimentos. Segundo dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), em

20. Dados da World Health Organization disponíveis em: <<https://bit.ly/29H0HXL>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

2016, do total de R\$ 12,8 bilhões do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) que deixaram de ser arrecadados, R\$ 9,7 bilhões (75,3%) beneficiaram contribuintes de alta renda (STN, 2018).

Outro tipo de comparação comumente feita para demonstrar que o gasto público é baixo, é entre o gasto *per capita* do SUS e a despesa assistencial *per capita* do segmento de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalar. Segundo dados de 2018, o gasto *per capita* do SUS, para toda a população, foi de R\$ 1.283, enquanto a despesa assistencial *per capita* do segmento de planos e seguros privados foi de R\$ 3.385, ou seja, 2,6 vezes maior.²¹

O gasto público com saúde no Brasil, como visto anteriormente, aumentou nas últimas décadas, principalmente como decorrência da EC nº 29/2000, *que vinculou recursos públicos mínimos para a saúde*, mas o crescimento verificado foi insuficiente para atender aos requisitos legais do sistema público universal (Piola *et al.*, 2013). Mais recentemente, as medidas de ajuste fiscal embutidas na EC nº 95/2016 tornaram a situação mais dramática por congelarem a despesa pública (Vieira e Benevides, 2016a; 2016b). Além do prejuízo para a efetivação do direito à saúde no país, o congelamento do gasto com saúde por dezenove anos pode catalisar os efeitos negativos da atual crise econômica para a saúde dos brasileiros, não permitindo cobrir as necessidades atuais e, muito menos, as necessidades crescentes decorrentes da emergência de fatores, como os mencionados anteriormente, que, quase inexoravelmente, determinarão a trajetória dos gastos setoriais nos próximos anos (Vieira, 2016b).

Defende-se, como resultado do ajuste nas contas públicas, que a economia voltará a crescer, aumentando, mesmo que a médio ou longo prazos, a renda das famílias, que assim poderão decidir pela compra dos serviços de saúde necessários, tornando menos importante a atuação direta ou indireta do Estado nesse setor. Contudo, a experiência tem demonstrado que a expansão do mercado privado de bens e serviços de saúde acompanha os ciclos econômicos, ou seja, aumenta quando a renda cresce e é um dos primeiros a encolher quando há retração da economia.

21. Valores *per capita* calculados a partir das seguintes fontes: *i*) para o SUS: despesas com ASPS da União obtida no Siga Brasil, e de estados e municípios obtidas do Siops; *ii*) população brasileira estimada pelo IBGE; e *iii*) para o segmento de planos e seguros privados de saúde: despesa assistencial e número de beneficiários com planos e seguros de assistência médico-hospitalar obtidos do sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em sistemas segmentados como é o brasileiro, no qual há segmento privado, notadamente o de planos e seguros de saúde, bastante dependente das condições de inserção da população no mercado de trabalho, e no qual existe um sistema público com responsabilidade de garantir acesso universal, há uma migração de usuários para a saúde pública nos momentos de crise econômica e por ocasião de afastamento definitivo da vida laboral. Com a recessão econômica recente, segundo dados da ANS, houve queda de 5,4% no número de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil entre março de 2014 e março de 2019, de 49.733.648 para 47.071.010 beneficiários.²² Esta queda pode ser explicada, em grande parte, pelo aumento do desemprego no país nos últimos anos, pois o tipo de contrato majoritário dos planos de saúde é o coletivo empresarial (67%).²³ Assim, atualmente, mais pessoas dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a bens e a serviços de saúde.

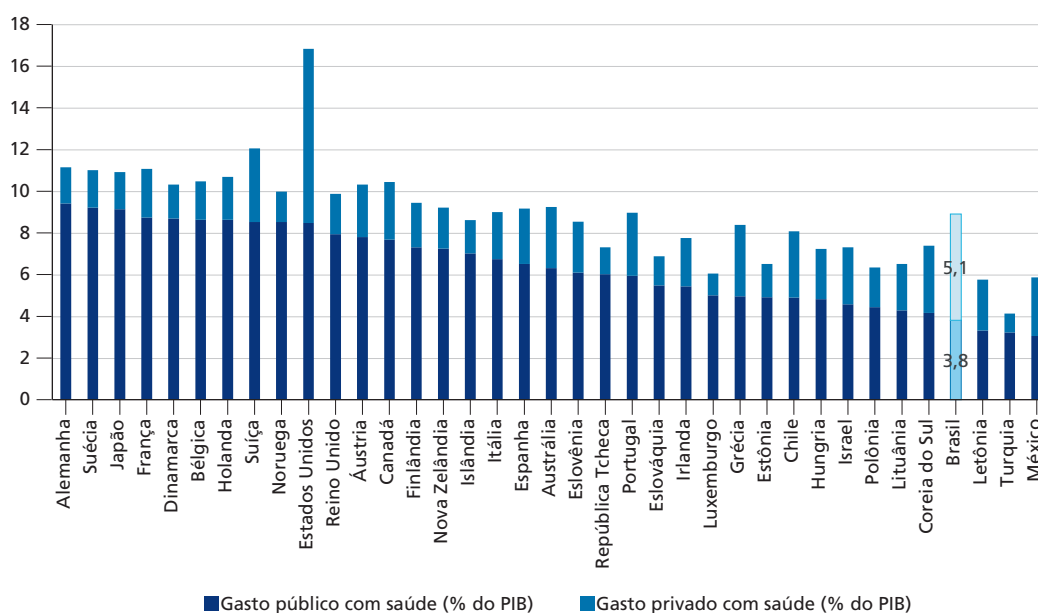
Com relação ao afastamento da vida laboral, como já mencionado neste texto, a velocidade de envelhecimento da população brasileira é muito rápida e estima-se que haverá mais de 48,9 milhões de idosos no Brasil em 2036. Nos próximos anos, a menos que grandes mudanças ocorram no sistema previdenciário brasileiro e aumentem o valor dos benefícios previdenciário e assistencial dos idosos, algo que parece improvável, a maior parcela desta população dependerá exclusivamente do SUS. Em dezembro de 2017, o valor médio mensal dos planos de assistência médico-hospitalar (ambulatório e hospitalar), para pessoas com 59 anos ou mais, foi de R\$ 1.276, na modalidade individual, e de R\$ 1.016, na modalidade coletivo (ANS, 2018). No mesmo ano, o valor médio mensal dos benefícios previdenciários do Regime Geral da Previdência Social foi de R\$ 1.393 e o dos benefícios assistenciais, de R\$ 939 (Brasil, 2018). Contando com benefícios nestes montantes, dificilmente os idosos poderão comprar planos de saúde se dependerem somente desta renda. Esses números também revelam que a solução para garantir o acesso a bens e a serviços de saúde para esta população não é por meio do setor privado de assistência médico-hospitalar e que os recursos ora alocados ao SUS serão ainda mais insuficientes.

22. Consulta feita no sítio eletrônico da ANS. Beneficiários por unidades da Federação (UFs), regiões metropolitanas (RMs) e capitais. Disponível em: <<https://bit.ly/2nulquO>>. Acesso em: 30 set. 2019.

23. Dados relativos a março de 2019. Disponíveis em: <<https://bit.ly/2wLQGF6>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

Considerando dados internacionais, o gasto público em saúde do Brasil é baixo, tanto em termos de participação no PIB como em valores *per capita*, mesmo quando comparado ao de países vizinhos de renda semelhante que não possuem sistema universal de saúde. O gráfico 6 revela a posição do Brasil em comparação com os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), no que diz respeito à participação, em percentual do PIB, da despesa pública com saúde. Nota-se que, em 2015, a despesa pública brasileira só foi maior que as do México, da Turquia e da Letônia, e a despesa privada somente foi inferior à dos Estados Unidos, país que tem um sistema de saúde eminentemente ancorado na oferta de seguros privados de saúde.

GRÁFICO 6
Despesa pública e privada com saúde – países da OCDE e Brasil (2015)
(Em % do PIB)



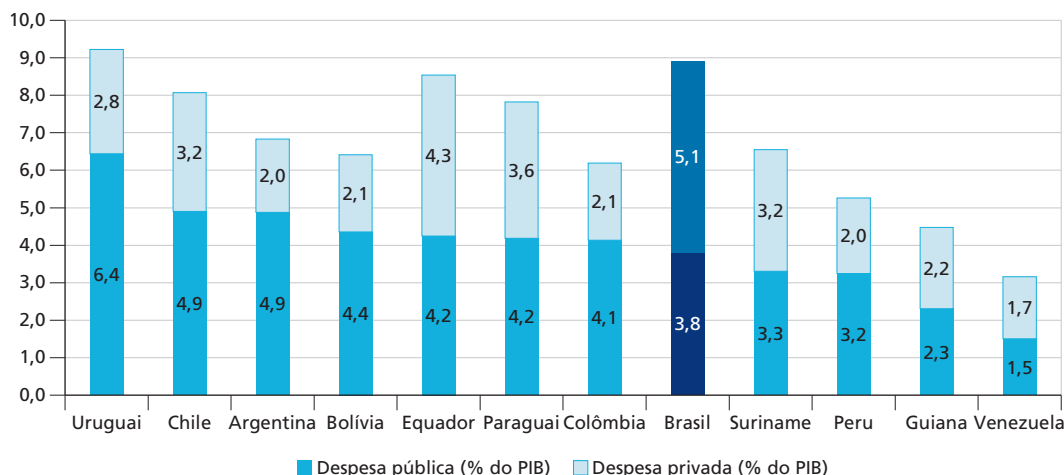
Fonte: World Health Organization (WHO). Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2IV4sik>>. Acesso em: jun. 2019.
Elaboração dos autores.

No gráfico 7, a despesa pública do Brasil em saúde é comparada à de países da América do Sul, onde se observa que o gasto brasileiro é inferior ao de países como Argentina e Chile, que não declaram a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

GRÁFICO 7

Despesa pública e privada com saúde – países da América do Sul e Brasil (2015)

(Em % do PIB)



Fonte: WHO. Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2IV4siK>>. Acesso em: jun. 2019.
Elaboração dos autores.

Em termos *per capita*, o gasto público em saúde do Brasil, em 2015, foi de 595 dólares internacionais (ajustado pela paridade do poder de compra),²⁴ enquanto o do Chile foi de 1.157 e o da Argentina, de 993 dólares internacionais no mesmo ano, ou seja, a despesa brasileira representava, aproximadamente, metade do gasto público chileno (51%) e 60% da despesa pública argentina. Em relação às despesas públicas *per capita* de países que possuem sistema universal de saúde, as diferenças aumentam: Reino Unido (3.330), Espanha (2.261) e Portugal (1.762).

Quando o gasto com saúde da União é analisado em comparação a todas as demais despesas por função do orçamento fiscal e do OSS, com exclusão das despesas relativas ao refinanciamento das dívidas interna e externa,²⁵ constata-se que, entre 2010 e 2018, sua participação variou de 5,6% a 5,3% do total de despesas desses orçamentos

24. A paridade do poder de compra (*purchasing power parity* – PPP) é a taxa de conversão que tenta equalizar o poder de compra das diferentes moedas, eliminando as diferenças de níveis de preços entre os países. O *site* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) publica uma série histórica (disponível em: <<https://bit.ly/2sEQpUl>>).

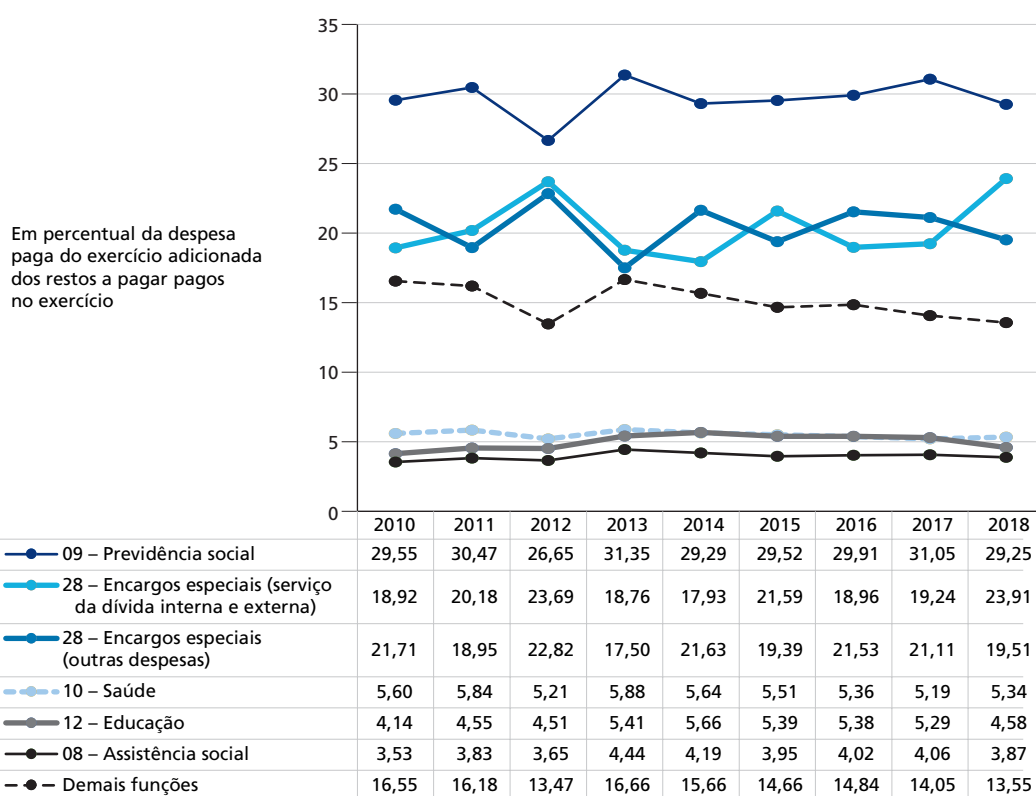
25. Dados obtidos do Siga Brasil a partir de consulta feita utilizando-se o universo Despesa Execução, que consolida dados de execução orçamentário-financeira do orçamento fiscal e do OSS. Não inclui o orçamento de investimentos das estatais. Foram excluídas as despesas registradas nas subfunções 841 – Refinanciamento da dívida interna e 842 – Refinanciamento da dívida externa. Nessas subfunções, registram-se despesas com o pagamento de títulos que estão vencendo, mas o governo vende outros títulos no mercado e assim obtém recursos. É a chamada rolagem da dívida. A definição de refinanciamento da dívida consta no inciso V do art. 29 da LC nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF): “emissão de títulos para pagamento do principal acrescido de atualização monetária” (Brasil, 2000a).

(gráfico 8). Destaca-se, ainda, no gráfico 8, a elevada participação das despesas com a função 28 – *encargos especiais* nas subfunções relativas ao serviço das dívidas interna e externa,²⁶ que responderam por 23,9% das despesas em 2018. Esta função inclui também despesas em outras subfunções que dizem respeito à repartição de receitas com outros entes da Federação, com precatórios, transferências ao Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), empréstimos dos fundos regionais de desenvolvimento (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e subvenções para programas específicos (IFI, 2017).²⁷

GRÁFICO 8

Despesas pagas pela União por função¹ (2010-2018)

(Em % da despesa total)



Fonte: Siga Brasil.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Orçamento fiscal e OSS, exceto refinanciamento das dívidas interna e externa.

Obs.: Despesas pagas do exercício somadas aos RPs pagos no exercício.

26. Subfunções: 843 – Serviço da dívida interna e 844 – Serviço da dívida externa.

27. Subfunções: 212 – Cooperação internacional; 608 – Promoção da produção agropecuária; 694 – Serviços financeiros; 845 – Outras transferências; 846 – Outros encargos especiais; e 847 – Transferências para a educação básica.

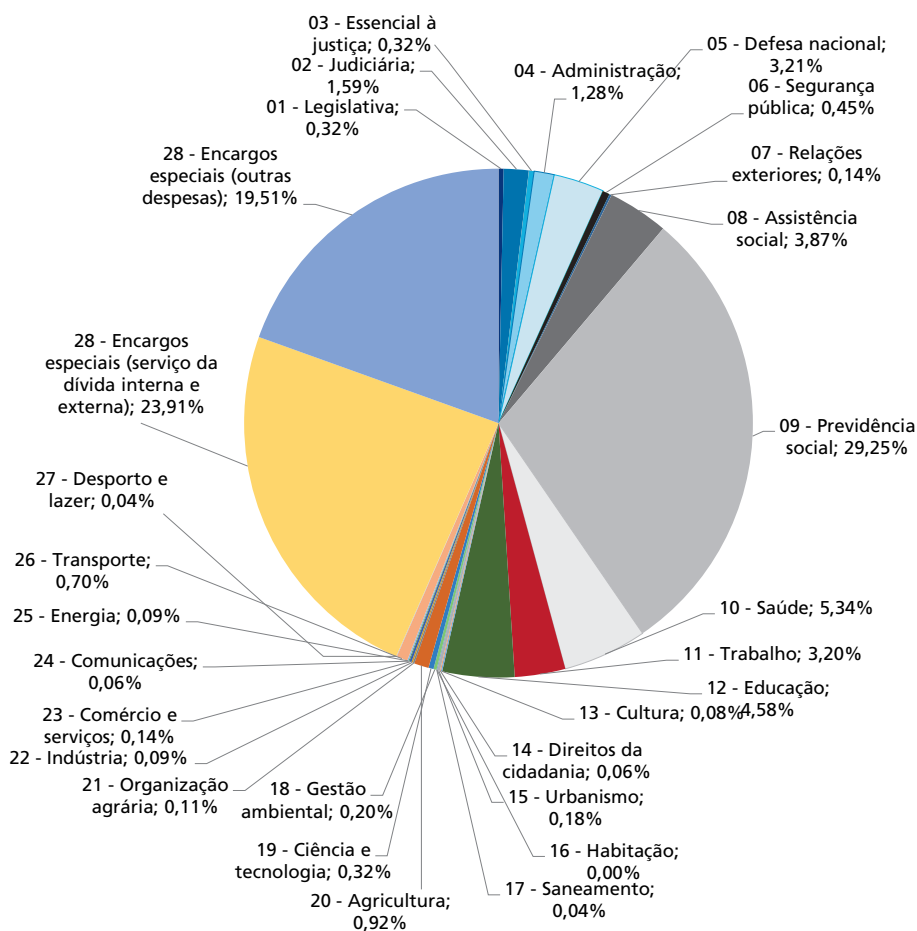
Para 2018, o detalhamento dessas despesas para todas as funções é apresentado no gráfico 9. Nele é possível observar o peso relativo das despesas com o serviço das dívidas interna e externa (23,9%) quando comparado ao do gasto com saúde (5,3%) e ao de despesas em áreas que impactam determinantes sociais da saúde como educação (4,6%), saneamento (0,04%), habitação (0,00%), desporto e lazer (0,04%). Nesse contexto, são citadas, a seguir, as principais críticas relacionadas aos elevados gastos com o pagamento de juros e amortizações das dívidas internas e externas.

- 1) O governo central dispõe de mecanismos para reduzir a participação dessas despesas no total das despesas do Estado brasileiro uma vez que administra a taxa Selic, contudo, mantém-se pouco eficiente, o que atende a interesses de ampla coalizão formada por empresas não financeiras e financeiras bancárias e não bancárias nacionais; fundos de pensão de trabalhadores de empresas estatais brasileiras; bancos e fundos de investimento estrangeiros; e parte da classe média que tem acesso a investimento direto em títulos públicos e/ou fundos de investimentos referenciados nestes títulos. A questão é que a taxa Selic tem sido usada na valorização de diferentes passivos do Estado, o que gera elevado custo fiscal, que comprime, por sua vez, o gasto social e os investimentos nas três esferas de governo (Magalhães e Costa, 2018).
- 2) Há *deficit* de transparência a ponto de se contestar o tamanho da dívida e se defender a realização de uma auditoria independente (Ávila, 2017).
- 3) Essas despesas favorecem pequena parcela de investidores e prejudicam a alocação de recursos às políticas sociais e à garantia de direitos fundamentais no país (Ribeiro e Salvador, 2018).

GRÁFICO 9

Despesas da União por função¹ (2018)

(Em % da despesa total)



Fonte: Siga Brasil.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Orçamento fiscal e OSS, exceto refinanciamento das dívidas internas e externas.

Obs.: Despesas pagas do exercício somadas aos RPs pagos no exercício.

Outra forma de analisar o gasto em saúde é quanto à sua participação nas despesas primárias do ente da Federação. No orçamento público, as despesas são classificadas como primárias e financeiras. As despesas primárias constituem basicamente o somatório dos gastos com as políticas públicas.²⁸ Em 2018, as despesas primárias da União,

28. As despesas primárias “correspondem às despesas fiscais líquidas, que são resultantes do somatório das despesas correntes e de capital, excluídas as seguintes despesas financeiras: juros e encargos da dívida, amortização da dívida, concessões de empréstimos, aquisição de títulos de capital já integralizado e aquisição de títulos de crédito” (disponível em: <<https://bit.ly/34bmeW0>>).

apuradas pelo regime de pagamento, totalizaram R\$ 1.352 bilhões e as despesas com ASPS, R\$ 116,8 bilhões, portanto, 8,6% das despesas primárias.²⁹ Já os gastos com o serviço das dívidas interna e externa somaram R\$ 529,1 bilhões.

Em resumo, o gasto com saúde no Brasil é baixo quando comparado ao de outros países com ou sem sistema universal de saúde, tanto em percentual do PIB quanto em termos *per capita*, o que significa que o esforço desses países na alocação de recursos públicos tem sido maior que o brasileiro. Os dados de execução financeira revelam o elevado montante que os governos têm sacrificado de recursos da coletividade com o serviço das dívidas interna e externa, valor que poderia ser reduzido com uma gestão mais eficiente das políticas econômicas, abrindo espaço fiscal para o país investir mais em saúde e em outras políticas sociais.

4.2 O aumento necessário da eficiência no setor público não resolverá o subfinanciamento do SUS

Ainda em relação aos problemas de financiamento do SUS, argumenta-se, seguidamente, que parte dos recursos requeridos para enfrentar o subfinanciamento do sistema e suas necessidades crescentes de recursos poderia ser obtida mediante a aplicação de medidas de aumento da eficiência na prestação de serviços.

Um estudo do Banco Mundial, realizado com a finalidade de apoiar as propostas de ajuste fiscal brasileiro que levaram à aprovação da emenda do teto do gasto, chegou à conclusão de que seria possível melhorar a eficiência técnica dos municípios na área da saúde e gerar uma economia potencial no SUS de R\$ 9,1 bilhões, na atenção primária, e de 12,7 bilhões, na média e alta complexidade, ou seja, o sistema poderia ofertar o mesmo nível de bens e serviços nessas áreas com R\$ 21,8 bilhões, em valores de 2013, a menos (Banco Mundial, 2017; Araújo, 2018). O trabalho foi intensamente criticado por várias razões. De uma forma geral, porque as recomendações do banco para a superação da crise fiscal no Brasil se concentraram no corte de gastos sociais, na focalização de políticas, entre elas a saúde, em políticas de incentivo à iniciativa privada em diversas áreas, em cortes nas despesas com funcionários públicos e na reforma da

29. Série histórica das despesas primárias da União podem ser obtidas nos anexos RTN maio 2019. Ver Boletim Resultado do Tesouro Nacional (RTN) disponível em: <<https://bit.ly/2kSMv9S>>. Acesso em: 19 set. 2019. Despesas com ASPS foram obtidas do Siga Brasil.

previdência (OAPS, 2017). Essas são políticas de austeridade fiscal que têm sido associadas à piora das desigualdades sociais e das condições de saúde da população (Stuckler e Basu, 2013).

Ademais, a crítica também foi feita ao viés ideológico da publicação, que sustenta que os cortes de gasto são condição necessária para restaurar o equilíbrio fiscal do país, e às questões metodológicas, como a realização de comparações entre sistemas de saúde distintos e a forma como os termos eficiência e desempenho são utilizados pelo banco, restringindo-os a critérios econômicos quando as noções de desempenho também precisam contemplar qualidade e efetividade, que são conceitos subsidiários (Mendes e Carnut, 2017). Com R\$ 28,4 bilhões a menos,³⁰ o gasto com ASPS das três esferas de governo em 2017, que foi de R\$ 265,6 bilhões (Piola, Benevides e Vieira, 2018), teria sido de R\$ 237,2 bilhões, ou seja, 10,7% menor.

Sobre comparações de desempenho de sistemas de saúde, Marinho, Cardoso e Almeida (2012) alertaram para o fato de que as metodologias empregadas, geralmente, a *análise envoltória de dados* (Data Envelopment Analysis – DEA), utilizada no estudo citado, feito pelo Banco Mundial, e as fronteiras estocásticas (*stochastic frontiers* – SFs) podem produzir resultados muito distintos, conforme o modelo de análise e as variáveis utilizadas, e não permitem obter conclusões definitivas sobre o desempenho dos sistemas de saúde. Isso também pode ser dito para comparações de desempenho dos entes sub-nacionais na saúde, especialmente quando se desconsideram fatores como o desenho do sistema, o porte populacional dos entes e as responsabilidades de cada um deles. Além disso, no caso de comparações de sistemas de saúde de diferentes países, os princípios que regem a oferta de serviços devem ser considerados.

Ao se medir a eficiência do e no SUS, algumas questões relacionadas aos princípios que regem o seu funcionamento são importantes. Primeiro, a eficiência é um princípio da administração pública e não há a menor dúvida de que precisa ser buscada. Contudo, no caso da saúde, antes de se assegurar eficiência no sistema, é preciso garantir acesso universal, igualitário e integral aos serviços em todo o território. Esses são princípios que regem o direito à saúde no país, um direito fundamental. Assim, o princípio da eficiência se subordina a princípios constitucionais relacionados às garantias e aos

30. Correção monetária do valor R\$ 21,8 bilhões em reais de 2013 pelo IPCA para valores de 2017.

direitos fundamentais. As dimensões do Brasil e suas extensas áreas com baixa densidade populacional fazem com que, em muitos casos, não se alcance a relação ótima entre recursos alocados e resultados produzidos, pois o acesso precisará ser garantido a determinados serviços de saúde, ainda que a escala de produção não justifique a sua oferta. Nesses casos, por exemplo, um hospital de pequeno porte, considerado ineficiente, pode ser necessário. Logo, algum grau de ineficiência o SUS terá, pois, antes de ser eficiente, o sistema precisa garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Segundo, investimentos para melhorar o desempenho do sistema dependem muitas vezes de recursos novos. Contratação e capacitação de pessoal, compra de equipamentos de informática, desenvolvimento de sistemas de informação, informatização das unidades de saúde, entre outras atividades, exigem a alocação de consideráveis recursos, dificilmente alcançável com o nível atual de gasto com o SUS.

A respeito de medidas a serem implementadas para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde, Yip e Hafez (2015), autores de documento publicado pela OMS, são bastante cautelosos ao indicar alguns caminhos, uma vez que, segundo eles, as formas de ineficiência variam muito entre os países, os contextos socioeconômicos e políticos são diferentes e os instrumentos de política que podem ser utilizados também são diversos. A partir da análise da experiência de dez países, eles concluem que: *i)* uma intervenção para melhorar a eficiência pode afetar todo o sistema de saúde e que, portanto, o planejamento das intervenções precisa ser sistêmico; *ii)* como a eficiência pode ser interpretada de diversas maneiras, um desenho preliminar do trabalho a ser realizado precisa ser feito, esclarecendo-se como medir, quantificar e comparar a ineficiência; *iii)* pesquisas sobre o processo de implementação das intervenções são necessárias para compreender o ambiente político, organizacional e da provisão de serviços nos quais foram implementadas e as circunstâncias em que os resultados são maximizados; e *iv)* a melhora da responsabilização de gestores e da transparência requer dados administrativos sobre custos e rotinas dos serviços, bem como capacidade de análise e de processamento da informação (Yip e Hafez, 2015). Como se vê, para se fazer o recomendado por esses autores, antes de tudo, são necessários decisão política, recursos e compromisso com o fortalecimento do sistema de saúde.

Voltando à questão sobre financiamento e eficiência, não há dúvidas de que é preciso melhorar o desempenho do SUS e otimizar o uso dos recursos disponíveis, mas também não se pode desconsiderar o impacto que terão as mudanças no perfil demo-

gráfico e epidemiológico e dos demais fatores, principalmente incorporações de novas tecnologias, que impulsionarão os gastos com saúde nas próximas décadas (Vieira, 2016b). Assim, melhorar o desempenho e a eficiência do SUS é fundamental, mas os ganhos que forem obtidos não serão suficientes para elevar a oferta e a qualidade dos serviços a um patamar suficiente, dado o nível muito baixo do gasto público e a pressão da demanda que tende a se intensificar nos próximos anos, tanto por questões demográficas quanto tecnológicas.

4.3 Preocupações com o futuro

Os gastos com saúde têm crescido em todo mundo. Esse fato tem sido motivo de preocupação em quase todos os países, principalmente porque competem com outros dispêndios igualmente importantes, o que revela a necessidade de aumentar a eficiência no uso e de melhorar a equidade na alocação dos recursos disponíveis. No caso do Brasil, também se tem esta preocupação presente, ainda que se conviva com um gasto público ainda considerado baixo.

Os principais determinantes ou propulsores do crescimento dos gastos com saúde, com pequenas variantes, são relativamente conhecidos. O que não é consensual é a importância relativa de cada um deles. A lista é extensa e alguns autores dividem esses fatores entre aqueles que contribuem, mais decisivamente, para as diferenças de gasto entre os países, em um corte horizontal, e aqueles que são responsáveis pelo crescimento ao longo do tempo, ainda que alguns contribuam para as duas situações.

Explicariam as diferenças de gasto entre países, entre outros, os seguintes fatores: *i*) nível de renda nacional e pessoal; *ii*) perfil demográfico e epidemiológico; *iii*) diferenças de cobertura dos sistemas, quantidade, diversidade e qualidade dos serviços oferecidos; e *iv*) diferenças nos mecanismos de financiamento, organização e provisão dos serviços de saúde.

A respeito desse último aspecto – organização e provisão de serviços –, Gerdtham (2000), usando dados de 22 países da OCDE, alerta para a importância dos fatores ligados a características institucionais do sistema de saúde de cada país. Neste particular, existem algumas evidências trazidas por esses estudos, ainda que os resultados encontrados sejam muito relacionados às características dos países incluídos nas respectivas amostras. De qualquer forma, algumas inferências podem ser tiradas: *i*) quanto maior a

participação pública, menor é o gasto total; *ii*) sistemas que têm o hospital como centro do atendimento (hospitalocêntricos) tendem a gastar mais; *iii*) países onde a atenção primária exerce um papel de filtro para os demais níveis de atenção tendem a ter um nível menor de gasto; e *iv*) a forma de pagamento dos médicos em serviços ambulatoriais parece ter influência: pagamento por capitação (uma quantidade fixa por paciente) induz a uma provisão menor e, portanto, a um gasto menor, do que nos sistemas com pagamento por serviço ou ato.

Em contrapartida, os elementos a seguir são considerados principais propulsores do crescimento dos gastos, não estando em ordem de importância.

- 1) Progresso tecnológico com a incorporação de novas tecnologias: os primeiros estudos sobre o assunto que procuraram analisar o crescimento dos gastos com saúde colocaram muita importância ao peso do progresso tecnológico (Newhouse, 1977). Estudos mais recentes consideram esse fator como responsável por 25% a 50% do incremento dos gastos do setor (Smith, Newhouse e Freeland, 2009). A incorporação de novas tecnologias afeta tanto o preço dos serviços, uma vez que geralmente têm custo mais elevado, como também aumentam a utilização dos serviços.
- 2) Aumento na intensidade do uso de serviços: a população está recebendo, hoje, mais serviços do que recebia décadas atrás, em qualquer período da vida. Ou seja, existe todo um conjunto de novas tecnologias de diagnose e de tratamento, que se tornam mais acessíveis mediante aumento da renda pessoal ou das políticas governamentais de universalização da cobertura com serviços de saúde.
- 3) Envelhecimento da população: nesse aspecto, uma peculiaridade nacional resulta da combinação de crescimento populacional com o aumento da vida média (envelhecimento da população). A população brasileira cresce menos de 1% ao ano e deverá chegar ao seu ponto máximo, em torno de 230 milhões, na década de 2040.³¹ Mas, ao mesmo tempo, enquanto em 2016 apenas 12,1% da população (24,9 milhões) tinha 60 anos ou mais, em 2036 serão 21,5%, ou seja, mais de 48,9 milhões (Vieira e Benevides, 2016a). Este fator, mesmo que já não desfrute da mesma importância que lhes foi conferida nos primeiros estudos sobre os gastos com saúde, ainda é considerado como relevante.

31. Ver IBGE. Projeção da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060. Atualizado em 23 de maio de 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2kqyjEH>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

- 4) Mudanças nos padrões de morbidade e de mortalidade com aumento das enfermidades crônico-degenerativas, que exigem assistência continuada: no caso do Brasil, além do aumento das doenças crônicas como fator de pressão sobre a despesa setorial, coloca-se o fato de que o Estado brasileiro luta simultaneamente em duas frentes: sem ter resolvido o problema das doenças típicas do subdesenvolvimento, a despeito dos avanços já alcançados, enfrenta o desafio da demanda crescente criada pelas doenças crônico-degenerativas e pelas sequelas das diferentes formas de violência (Piola e Vianna, 2008).

Esses são importantes desafios a serem enfrentados pelo SUS, que geralmente são desconsiderados entre os defensores da tese de que o SUS não tem problema de financiamento e que, com o nível atual de recursos, poderia atender às demandas futuras. Alguns dos desafios listados podem, obviamente, ser minimizados com medidas na área da gestão e da organização de serviços. Por isso, é necessário aprimorar os mecanismos de incorporação de novas tecnologias e qualificar a atenção primária de saúde, incluindo sua coordenação com os serviços de maior complexidade, de forma a garantir as tão necessárias continuidade e coordenação dos cuidados. Mas até para isso é necessário aumentar o atual volume de recursos.

Na seção 5, discute-se a importância da saúde, de sistemas como o SUS e da vinculação orçamentária do gasto em saúde no contexto nacional.

5 REFORÇANDO ALGUNS ARGUMENTOS SOBRE A RELEVÂNCIA DOS SISTEMAS PÚBLICOS UNIVERSAIS E DA VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE

5.1 A importância social e econômica das ações e serviços de saúde

A importância social e econômica das ações e serviços de saúde pode ser avaliada sob ângulos diferentes: *i)* direito humano fundamental e fator de bem-estar da população; *ii)* geração de emprego e renda; e *iii)* aumento da produtividade.

5.1.1 Saúde como direito humano fundamental e fator de bem-estar

O reconhecimento da saúde como direito humano fundamental data da Declaração dos Direitos Humanos de 1948. Ao tratar desse tema, Amartya Sen destaca a importância da saúde no desenvolvimento das capacidades humanas. Para ele, a saúde (assim como educação) está entre as capacidades básicas que dão valor à vida (Sen, 1999).

No Brasil, desde a CF/1988, a saúde é considerada um direito fundamental consignado no capítulo dos direitos e garantias fundamentais (título 2), estando associada ao direito à vida (capítulo I – Dos direitos e deveres individuais e coletivos, art. 5º) e à condição de direito social (capítulo II – Dos direitos sociais, art. 6º).

Por sua vez, como fator de bem-estar, as ações específicas da área da saúde nas suas diferentes vertentes (promoção, proteção e recuperação) têm contribuído para o aumento da esperança de vida ao nascer da população brasileira que passou de 65,3 anos, em 1990, para 75,2 anos, em 2015 (Castro *et al.*, 2019).

5.1.2 Saúde e geração de emprego e renda

Por sua capacidade de gerar emprego e renda, o setor saúde tem participação não desprezível na economia. O estudo de Quaglio *et al.* (2013) estimou em cerca de 9,0% do PIB a participação da saúde entre os 28 países da União Europeia. No Brasil, em 2015, o valor adicionado bruto das atividades de saúde foi responsável por 7,3% do PIB, sendo que a atividade saúde pública teve participação de 3,1% do PIB. A participação das ocupações das atividades de saúde, no total de ocupações da economia, foi de 6,4% e, no total das remunerações, de 9,2% no mesmo ano (IBGE, 2017). Esses indicadores demonstram a importância do setor saúde para a geração de emprego e renda.

Ademais, o gasto com saúde possui importante efeito multiplicador. No Brasil, esse efeito foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70 (Abrahão, Mostafa e Herculano, 2011).

5.1.3 Saúde e produtividade

A associação entre aumento de renda e melhores condições de saúde está amplamente descrita na literatura. Já estudos sobre a relação entre melhores condições de saúde e o aumento do crescimento ou desenvolvimento econômico são menos numerosos (Pelegriani e Castro, 2012). Contudo, evidências macroeconômicas confirmam que países com piores condições de saúde e educação demoram mais tempo para alcançar um crescimento sustentado do que países com melhores condições nessas áreas (WHO, 2001). Estudos como o de Thomas e Frankenberg (2002), que analisaram o papel da nutrição e da saúde para a produtividade, reforçam as evidências de que há uma forte associação entre melhores condições de saúde e crescimento econômico.

5.2 A participação do Estado na saúde é imprescindível

Não é somente na provisão dos chamados bens públicos como a vigilância sanitária ou epidemiológica ou nas ações de controle de doenças transmissíveis que o papel do poder público no financiamento e na coordenação das ações é importante. Nas ações de assistência à saúde, mesmo nos países de economia de mercado de orientação mais liberal, a presença de serviços de responsabilidade do Estado, direcionada para clientela determinadas, não deixa de estar presente.

Na verdade, existem diversas razões relevantes, inclusive de índole econômica, que justificam a ação estatal na saúde (Banco Mundial, 1993). De forma sintética: *i*) a população mais pobre não tem condições de custear a atenção à saúde que é necessária para melhorar sua produtividade e seu bem-estar. Para essa população, a ação pública pode reduzir a pobreza ou, pelo menos, reduzir suas consequências; *ii*) algumas ações na área da saúde, principalmente as de promoção da saúde, geram externalidades positivas. Estas ações não se produzem nos mercados privados ou, se produzem isso, ocorre em quantidade insuficiente; e *iii*) a intervenção, mediante regulação do governo sobre o mercado privado, pode aumentar o nível de bem-estar, ao buscar corrigir as reconhecidas deficiências do mercado na área da saúde e dos seguros de saúde.

5.3 A importância do SUS para a saúde no Brasil

Desde sua criação, o SUS vem contribuindo de forma bastante positiva para a melhoria do estado de saúde da população brasileira, na redução das desigualdades de acesso e na proteção financeira das famílias nos casos de doenças.

Com relação ao estado de saúde, tomando-se como base um dos indicadores incluídos nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pode ser atestada uma considerável melhoria, resultante de diversas políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, inclusive as de saúde. A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos passou de 53,7 por mil, em 1990, para 15,6 por mil, em 2017, depois de aumentar entre 2015 (15,8) e 2016 (16,4). No mesmo período, a taxa de mortalidade infantil passou de 47,1 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 13,4 por mil nascidos vivos, em 2017. Houve também uma diminuição nas desigualdades regionais: em 1990, a taxa de mortalidade infantil no Nordeste era de 75,8 por mil nascidos vivos, 2,7 vezes superior à da região Sul que foi de 28,3 nascidos vivos. Em 2017,

foi 1,6 vezes superior: 15,8 por mil nascidos vivos no Nordeste e 10,1 por mil nascidos vivos no Sul (Sá e Benevides, 2019).³² A mortalidade materna, indicador que sempre foi muito ruim no Brasil, também apresentou redução, apesar de ainda permanecer em valor elevado em relação ao encontrado em países mais desenvolvidos. Na média nacional, esse indicador passou de 143,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 64,5 por mil, em 2017, depois de atingir o seu nível mais baixo em 2012 (59,3). No Nordeste, a diminuição foi de 87,3 por mil, em 1990, para 18,2 por mil, em 2017 (Sá e Benevides, 2019).³³

No que se refere ao acesso aos serviços, o SUS propiciou um aumento expressivo nos serviços de atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estima-se que a cobertura potencial é de 62,8% da população.³⁴ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) também foi consideravelmente expandido, assim como o acesso a medicamentos de alto custo, isto para citar apenas alguns exemplos.

Também na área de serviços de maior complexidade faz-se importante, se não imprescindível, a presença do SUS. A maior parte dos transplantes realizados no Brasil, excluídos os de córnea, é custeada com recursos públicos. Essa participação é também muito expressiva na área de outros procedimentos de alta complexidade. No caso da hemodiálise, procedimento indispensável para a sobrevivência dos portadores de doença renal crônica enquanto aguardam o transplante de rim, mais de 90% dessas terapias ambulatoriais são custeadas pelo SUS.

Implementaram-se, por meio do SUS, programas de grande sucesso como o Programa Nacional de Imunizações, que atingiu cobertura vacinal de 85% da população brasileira em 2015, considerando público-alvo, vacinas disponíveis e doses; o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que reduziu a prevalência de tabagismo na

32. A redução das taxas de mortalidade na infância e de mortalidade infantil não pode ser atribuída apenas ao SUS, pois fatores como alimentação, condições de habitação, acesso a serviço de saneamento básico, escolaridade da mãe, entre outros, impactam as condições de saúde das crianças. Por exemplo, entre 2004 e 2014, a queda na taxa de pobreza extrema variou de 63,0% a 68,5%, dependendo da linha de extrema pobreza utilizada, correspondendo a uma redução média em torno de 10% ao ano (Calixtre e Vaz, 2015). Entretanto, é inegável que o sistema de saúde desempenha papel importante com a oferta de cuidados de saúde e de medidas preventivas, como a alta cobertura vacinal desta população contra diversas doenças.

33. Dados do Ministério da Saúde provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

34. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage/MS). Disponível em: <<https://bit.ly/2yljeb5>>.

população de 32,7% para 14,8% em 2011; a ESF com impactos significativos sobre a mortalidade infantil e internações evitáveis; o Programa Mais Médicos, que foi eficiente no curto prazo na provisão de médicos a áreas remotas e antes não atendidas; o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, com redução das internações devido à doença e aumento da sobrevivência dos pacientes infectados com o HIV; a Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano, um dos maiores programas públicos de transplante do mundo; e a Política Nacional de Atenção às Urgências, que cobria 77% da população brasileira em 2016 (Andrade *et al.*, 2018).

Em termos de proteção financeira, uma publicação do Banco Mundial cita que o Brasil, de acordo com estudos realizados por Diniz *et al.* (2007) e Knaul *et al.* (2011) (*apud* Gragnolati, Lindelow e Couttolenc, 2013), possui o menor nível de gasto catastrófico entre países da América Latina e do Caribe. Os gastos do SUS são bastante progressivos. Segundo estimativa do Banco Mundial, mais de 50% das despesas do SUS beneficiam os 40% mais pobres na distribuição de renda. No quintil mais pobre, 60% dependem do SUS para atendimento primário, e mais de 90%, para atendimentos mais complexos (Banco Mundial, 2017).

Estes avanços talvez não tivessem sido possíveis sem a vinculação, ainda que, como afirmado neste texto, a vinculação de recursos não tenha atingido toda a sua potencialidade devido a diversos artifícios utilizados pelos entes federados no cumprimento dos mínimos definidos. E, com recursos limitados, o SUS precisa enfrentar grandes desafios, entre eles, o rápido aumento das despesas com saúde.

5.4 A vinculação orçamentária do gasto com o SUS é relevante, mas o esforço para seu financiamento precisa ser maior

A luta pela vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil foi vista, ao longo desses anos, como uma forma de contornar a grave crise de financiamento enfrentada pelo SUS nos anos 1990, crise decorrente da baixa prioridade dada à implementação do sistema pelos governos da época. Ela foi instituída como uma alternativa para enfrentamento da tradição do orçamento fiscal brasileiro, por meio do qual sempre se conferiu prioridade aos encargos financeiros em detrimento das despesas com políticas sociais (Ribeiro e Salvador, 2018).

A vinculação implementada por meio da EC nº 29/2000 ampliou os recursos alocados ao sistema, mas por si só não foi capaz de resolver os seus problemas de financiamento. O SUS seguiu sendo subfinanciado nos anos 2000, o que demonstra baixa prioridade política dada à questão da saúde pública universal no Brasil (Martiniano *et al.*, 2011). Ou seja, o sistema foi criado por meio da CF/1988, mas sua consolidação depende, obviamente, do aporte de recursos financeiros, o que, na prática, implica que a alocação de recursos para além dos pisos está condicionada a decisões discricionárias dos agentes políticos.

Considerando as evidências apresentadas neste texto sobre a falta de compromisso com a implantação do sistema e conseqüentemente com a garantia do direito à saúde no Brasil, é difícil imaginar que, em um cenário de ausência de vinculação orçamentária, a situação do SUS seria melhor. Retomemos, a seguir, alguns fatos que embasam essa conclusão.

- 1) No início dos anos 1990, ainda que existisse vinculação constitucional de recursos para a saúde, ela foi completamente ignorada, até ser eliminada em 1994.
- 2) Os anos que se seguiram até a aprovação da EC nº 29/2000 foram de grave crise de financiamento da saúde, sem que se desse uma solução mais efetiva ao problema.
- 3) A instituição da DRU possibilitou que uma parcela dos recursos que financiam a Seguridade Social pudesse ser desviada para outras aplicações que não em saúde, previdência e assistência social, apesar dos problemas graves de financiamento do SUS.
- 4) Mesmo com a aprovação da EC nº 29/2000, não foram poucas as manobras para alocar menos recursos à saúde, abaixo do limite mínimo estabelecido, especialmente pela União e pelos estados.³⁵ Basta lembrar da discussão da União sobre a base fixa *versus* a base móvel; da inclusão de despesas que não poderiam ser computadas em ASPS tanto pela União quanto pelos estados; da tentativa de reduzir a base de cálculo para a aplicação mínima em ASPS pelos estados por meio da retirada do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) adicional, usado para constituir o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza; e da inscrição de volume expressivo de empenhos de despesas com ASPS em RPs pela União que, após cômputo para a aplicação mínima, eram cancelados sem a devida compensação nos anos seguintes.³⁶

35. Há vários estudos sobre a União e os estados a esse respeito, os quais foram citados neste texto. Pouco se sabe sobre a situação de cumprimento das prerrogativas constitucionais pelos municípios, ainda que, a aplicação média tenha, há bastante tempo, superado o percentual de 15% das receitas próprias.

36. Não há estudos publicados sobre a execução de despesas em ASPS inscritas em RPs para o conjunto dos estados e dos municípios.

- 5) A transformação do piso em teto de aplicação pela União.
- 6) Os doze anos para regulamentação da EC nº 29/2000, quando a previsão era de revisão das disposições da emenda em, no máximo, cinco anos.
- 7) A desconsideração de PLP de 2013 que visava ampliar o montante de recursos alocados à saúde pela União.
- 8) A aprovação da EC nº 95/2016 que congela a aplicação mínima da União até 2036.

A conclusão é de que a vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil é muito relevante, não podendo se prescindir dela, visto que contribuiu para a aplicação de recursos mínimos no SUS. Entretanto, também é essencial ter clareza de que esta vinculação por si só não resolve o problema de financiamento do sistema, pois, mesmo com a instituição dos pisos de aplicação, os gastos com saúde ainda são muito baixos comparados com os de países de renda semelhante e que não possuem um sistema universal de saúde. O país precisa realizar esforço adicional para o financiamento do sistema público de saúde.

5.5 Mínimo existencial, reserva do possível e vedação de retrocesso no financiamento do SUS

Outra questão a ser considerada no tocante à vinculação orçamentária do gasto em saúde reside em sua importância na tentativa de assegurar recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços de saúde e para que se evitem retrocessos neste financiamento. Sarlet e Figueiredo (2010) argumentam que o direito à saúde é um direito humano, assim reconhecido no plano do direito internacional, sendo o nosso país signatário de várias normativas a esse respeito. Além disso, é um direito fundamental no Brasil, pois está inscrito no título sobre direitos e garantias fundamentais da CF/1988 (capítulos I e II); está diretamente associado ao direito à vida (capítulo I – dos direitos e deveres individuais e coletivos, art. 5º); e é um direito social (capítulo II – dos direitos sociais, art. 6º).

O direito à saúde implica o direito a prestações (direito positivo) e o direito de defesa contra algo ou alguém que provoque prejuízos à saúde (direito negativo). Para Sarlet e Figueiredo (2010), o elo entre os direitos fundamentais sociais, o direito à vida e à garantia da dignidade relaciona esses três componentes às necessidades existenciais de todo indivíduo, gerando para o Estado a obrigação de assegurar o chamado mínimo existencial, o qual

implica a garantia de um conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar condições de sobrevivência física dos indivíduos, com dignidade e qualidade. Esta garantia do mínimo existencial independe de expressa previsão constitucional, sendo decorrente das obrigações relacionadas à proteção à vida e à dignidade humana.

Por resultar em prestações materiais, a garantia do mínimo existencial comporta uma dimensão econômica, pois depende da real disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado. É a chamada reserva do possível, que apresenta três dimensões: *i*) disponibilidade fática de recursos; *ii*) disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos, de acordo com as competências dos entes da Federação; e *iii*) proporcionalidade da prestação, do ponto de vista do eventual titular de um direito a prestações sociais, considerando-se a razoabilidade de sua exigência. Não se trata de um limite imposto pelo orçamento, pois quem governa em um Estado democrático de direito é a Constituição e não se pode privilegiar a legislação orçamentária em detrimento de imposições e prioridades constitucionais relacionadas a direitos fundamentais. Todavia, trata-se de um limite para a atuação do próprio Estado no tocante a possibilidade de ofertas materiais, cujas decisões alocativas de seus agentes devem ser transparentes e passíveis de fiscalização pelo controle social (Sarlet e Figueiredo, 2010).

Embora reconheçam os custos dos direitos e a questão da reserva do possível, Sarlet e Figueiredo (2010) acabam defendendo que o Estado não pode usar o argumento da reserva do possível em questões relacionadas ao direito à vida e à dignidade humana, derivando para uma análise sob a perspectiva do caso concreto, das solicitações individuais. Para atender a demandas dessa natureza, o Estado deve realocar recursos. Os autores defenderam ainda algumas teses que hoje são muito frequentes do ponto de vista das demandas individuais junto ao Poder Judiciário, a fim de obrigar o Estado a garantir prestações em saúde, como: *i*) a necessidade de se demonstrar e discutir o mínimo existencial na saúde, pois não basta apenas apresentar uma receita médica; *ii*) a importância das considerações sobre equidade no acesso ao SUS; *iii*) o direito ao mínimo existencial diz respeito ao direito de ser tratado igualmente e não o direito a prestações iguais; *iv*) a universalidade dos serviços não significa gratuidade das prestações materiais para toda e qualquer pessoa; *v*) a integralidade não significa que qualquer pretensão tenha que ser atendida; *vi*) a salvaguarda da vida é prioritária em relação à reserva do possível; e *vii*) as considerações sobre os princípios da proporcionalidade e razoabilidade são importantes, por exemplo, não é razoável obrigar o Estado a

fornecer tratamentos experimentais e também não se pode impor ao Estado obrigação genérica. Note-se que a perspectiva dessas teses é a do direito individual à saúde, de qualquer pessoa brasileira ou não, residente no país, de requerer prestações em saúde por parte do Estado.

Barcellos (2010) problematiza a questão da consistência do mínimo existencial na saúde e da reserva do possível, argumentando que a preocupação do magistrado sobre este tema não pode se concentrar apenas em um indivíduo, mas no conjunto de indivíduos que – invisíveis ao Poder Judiciário, porque não possuem meios para acessá-lo – acabam não tendo suas necessidades de uso de serviços de saúde essenciais atendidas. A questão principal seria: que prestações devem ser oferecidas pelo Estado a todos os indivíduos, que é o mínimo existencial? A autora destaca a importância de que todos os indivíduos tenham direito subjetivo a um conjunto comum e básico de prestações de saúde relacionado ao princípio constitucional da dignidade humana, o qual pode ser exigido do poder público. Para ela, se o Estado tem o dever de garantir uma prestação a um indivíduo, também tem o dever de garanti-la a todos que dela necessitem e, assim, o controle subjetivo individual do direito à saúde precisa lidar com a reserva do possível. Nessa perspectiva coletiva, a vinculação orçamentária para assegurar recursos mínimos para a saúde é fundamental à garantia do mínimo existencial, o qual depende das condições econômicas e culturais do Estado. Por fim, nesse trabalho, a autora defende a ampliação do papel do controle coletivo e abstrato pelo Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Avançando ainda mais nesta discussão, em outro trabalho, Barcellos (2011) defende que o mínimo existencial na saúde, ou seja, as prestações de saúde que o Estado está obrigado a garantir a todas as pessoas, sem as quais estaria violando a dignidade humana, poderia ser definido a partir de dois parâmetros. O primeiro seria o da relação entre o custo e o benefício das prestações, a fim de garantir o acesso a elas ao maior número de pessoas, algo que a autora reconhece que merece críticas por sua lógica utilitarista. Já o segundo parâmetro, que pode sanar esta lógica, de acordo com ela mesma, seria o da garantia de prestações de que todos os indivíduos necessitam. Assim, todos teriam direito subjetivo a um conjunto comum e básico de prestações de saúde como saneamento, atendimento materno-infantil, ações de medicina preventiva e de prevenção epidemiológica.

Há grande dificuldade em se definir em que consiste o mínimo existencial em saúde. Barcellos (2010; 2011) explicita a necessidade de se garantir igualdade na oferta das prestações pelo Estado a todos que delas precisem e que os limites para tanto são definidos pela capacidade de o Estado aportar recursos. Esses são aspectos fundamentais. Contudo, a delimitação proposta pela autora não é suficiente para resolver a questão de que a garantia do direito à saúde pelo Estado se relaciona com a dignidade humana e a necessidade de assegurar prestações de saúde para assegurar esta dignidade (mínimo existencial), sendo preciso reconhecer que as necessidades dos indivíduos em matéria de saúde variam muito. A própria CF/1988 estabelece que o acesso a bens e serviços de saúde deve ser universal, igualitário e integral.

A integralidade prevista consiste no atendimento dos indivíduos em todos os níveis de complexidade em que são organizados os serviços de saúde, segundo as suas necessidades, englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, se o mínimo existencial ficasse restrito a saneamento, ações preventivas e cuidados à saúde materno-infantil, como interpreta Barcellos (2011), grande parcela da população teria sua dignidade violada por não obter do Estado serviços e tecnologias para tratamento de diversas doenças e alívio de sintomas, como câncer, insuficiência renal crônica, entre tantas outras doenças e agravos à saúde.

Para garantir os cuidados à saúde de forma universal, igualitária e integral, o SUS se organiza em níveis de complexidade e busca avaliar as tecnologias em saúde para decidir sobre sua incorporação, considerando os custos das alternativas para a mesma finalidade. Essa racionalidade é importante tanto do ponto de vista terapêutico quanto econômico e contribuiu para que se promovessem avanços no acesso a bens e a serviços de saúde no Brasil. Mas a universalidade, a igualdade e a integralidade de acesso ainda não são asseguradas a todos os indivíduos no território nacional. Não se pretende avançar nesta discussão, pois não é o objetivo deste texto. O que se deseja pontuar é que o Estado tem obrigações para com os indivíduos no que se refere às prestações de saúde e que garantir essas prestações pressupõe o contínuo aporte de recursos financeiros. Não se pode alocar um montante em um ano e reduzir drasticamente este montante em ano posterior. A oferta de bens e serviços de saúde demanda estabilidade no financiamento; por isso, a importância da definição de patamares mínimos de aplicação em saúde. Além disso, para ampliar a oferta é preciso que haja progressividade na alocação de recursos.

A respeito dos pisos de aplicação em saúde e em educação, Comparato e Pinto (2015) afirmam que eles são instrumentos de proteção orçamentário-financeira de direitos fundamentais que não podem ser reduzidos ou negados. Segundo esses autores, a vedação de retrocesso na oferta de serviços do SUS encontra amparo no inciso IV do art. 194 da CF/1988 que prevê a irredutibilidade do valor dos benefícios entre os objetivos da organização da seguridade social pelo poder público. A vinculação orçamentária do gasto com saúde e educação é, portanto, reconhecida como relevante mecanismo de proteção formal e material desses direitos no país (Comparato *et al.*, 2016).

Ainda sobre a vedação do retrocesso em matéria de direitos sociais, Bühring (2015) argumenta que a intenção do legislador na CF/1988 é de que haja progressiva concretização desses direitos por meio de políticas públicas e que deixar de efetivá-los é retroceder no tempo, o que fere cláusulas da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 (Pacto de San José da Costa Rica). Além disso, a autora destaca que, quando um direito positivo (direito a prestações) é reconhecido e satisfeito, ele se transforma em direito negativo ou direito de defesa, ou seja, pode ser exigido do Estado por parte dos indivíduos, resultando na impossibilidade de retrocesso. Assim, se uma certa quantidade e abrangência de bens e serviços de saúde são oferecidos à população, o Estado não pode retroceder na quantidade e na abrangência dessa oferta. Ademais, para além da vedação de retrocesso, no ordenamento jurídico brasileiro já se assume que a execução do orçamento público é impositiva e não apenas autorizativa quando se trata da concretização de direitos sociais, pois a alocação de recursos é pressuposto para a garantia do atendimento do mínimo existencial (Gradwohl, 2018).

Em resumo, a existência de piso de aplicação progressivo, de forma que o montante de recursos cresça em função da capacidade financeira do Estado, funciona como elemento central e determinante da engrenagem que protege a sociedade de retrocessos nas ofertas de bens e serviços de saúde por parte do próprio Estado. Talvez se possa prescindir das vinculações orçamentárias do gasto em saúde em países desenvolvidos, onde as noções de bem comum, solidariedade, igualdade e de respeito à constituição estejam consolidadas entre governantes e governados. No caso brasileiro, a história dos últimos trinta anos do SUS mostra que, sem a imposição da aplicação mínima em saúde e o estabelecimento de sanções por seu descumprimento, o SUS muito provavelmente não teria atingido o patamar de recursos alcançado hoje, ainda que este montante continue sendo reconhecidamente insuficiente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, neste texto, sistematizar evidências (fatos, dados e conclusões de estudos técnico-científicos), a fim de organizar argumentos a favor da manutenção da vinculação orçamentária do gasto mínimo com saúde no Brasil.

A perspectiva histórica apresentada sobre as disputas em torno do financiamento do SUS, apesar da insuficiência de recursos para a efetiva garantia de acesso a bens e a serviços de saúde, com a qualidade necessária a toda a população, mesmo em momentos de grave risco de inadimplência do sistema junto aos prestadores privados, a exemplo do que ocorreu na primeira metade dos anos 1990, são fatos que denunciam o baixo grau de prioridade conferido à saúde pública no país. A partir de 1988, inicialmente, demandou-se dos governantes e dos parlamentares o estabelecimento de pisos de aplicação e, depois, quando esses pisos foram estabelecidos, que os primeiros cumprissem esses requisitos e que os segundos estabelecessem sanções para os governantes que os descumprissem.

Ao longo desses trinta anos de existência do SUS, como mostrado, teve-se êxito em instituir as aplicações mínimas e em estabelecer as sanções, mas segue-se lutando pela ampliação desses pisos, com perda de grandes batalhas, a exemplo da aprovação da EC nº 95/2016. Atualmente, o risco que se apresenta é o de extinção desses pisos de aplicação, não só da União, mas também de estados e municípios em troca de um alegado fortalecimento do Congresso Nacional que, assim, poderia ter maior influência sobre a alocação dos recursos públicos. Contudo, se esses pisos forem extintos, é provável que maiores dificuldades na gestão da saúde sejam enfrentadas pelos municípios, que sofrem de forma mais direta a pressão da demanda da população.

Diante dos fatos apresentados neste texto, não há razão para crer que, com a desvinculação orçamentária e maior liberdade para a alocação de recursos, os governantes, especialmente das esferas federal e estadual, priorizarão a saúde. Se o esforço de destinação de recursos ao SUS por esses entes da Federação não foi muito além do piso (valor obrigatório), muitas vezes lançando mão de diversas manobras contábeis para atingi-lo, não é razoável supor que, na ausência de um impositivo constitucional, haverá uma reversão do comportamento a favor do sistema de saúde e da progressão das garantias de acesso a bens e a serviços à população.

A vinculação orçamentária do gasto mínimo com saúde com a aprovação da EC nº 29 em 2000 foi muito importante para ampliar os recursos destinados ao SUS em todas as esferas de governo, ainda que com esforço diferenciado dos entes da Federação. Os municípios aumentaram a sua participação no financiamento do sistema, seguidos pelos estados, enquanto a União, que possui maior capacidade de arrecadação de tributos, vem reduzindo sua participação desde então.

A saúde tem importância tanto social quanto econômica. Constitui direito humano fundamental e influi diretamente sobre fatores do desenvolvimento socioeconômico de uma nação. Se eventualmente não é suficiente justificar o investimento em saúde pública pela ótica da garantia de maior nível de bem-estar possível a que todos os seres humanos fazem jus, pode-se também defendê-lo por razões econômicas. A saúde é essencial à produtividade do trabalho e o setor saúde é responsável por parcela considerável da geração de emprego e renda no país.

O SUS é reconhecido como a maior iniciativa de inclusão social do Brasil e tem contribuído para avanços importantes nas condições de saúde da população, como reduções de mortes maternas e infantis, controle de doenças e ampliação do acesso a serviços de saúde ilustram parte dessas conquistas. Todavia, esses avanços são continuamente ameaçados por diversos fatores que desafiam gestores e profissionais de saúde diuturnamente, entre eles, o crescimento acelerado dos custos da saúde, em contexto nacional e internacional, a crise econômica recente e a agenda da austeridade fiscal. Fatores demográficos e tecnológicos estão na base da pressão econômica sobre o sistema. A recessão da economia vem lançando milhões de pessoas ao desemprego desde 2014, ampliando a demanda no SUS, porque grande parte desses desempregados acessava serviços médico-hospitalares no setor de saúde suplementar. Paralelamente, o sistema assiste à redução dos recursos alocados tanto pela queda da arrecadação nas três esferas de governo quanto pela implementação da agenda da austeridade fiscal.

Gastamos pouco com saúde e precisamos melhorar a eficiência no uso dos recursos públicos; entretanto, o nosso nível de gasto é tão baixo que não é possível supor que possamos prescindir de alocação adicional de recursos contando apenas com ganhos de eficiência. De fato, fazem-se necessárias a ampliação do financiamento e o compromisso com uma agenda de melhoria da gestão, com a clareza de que a eficiência é um princípio importante da administração pública, mas que não pode ser um fim em si

mesmo. Além de alcançar o uso ótimo dos recursos, é preciso assegurar que a população brasileira tenha acesso aos serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral, pois a eficiência não pode ser alcançada ao custo do acesso. Assim, é imprescindível garantir o acesso, utilizando-se os recursos da forma mais eficiente possível.

A vinculação orçamentária do gasto em saúde é um importante mecanismo de proteção contra o retrocesso na oferta de bens e serviços de saúde, algo vedado pela CF/1988. A estabilidade no financiamento do SUS é fundamental para que a provisão desses bens e serviços não sofra solução de continuidade e, na trajetória do financiamento público da saúde, a vinculação orçamentária cumpre papel vital. Além disso, é preciso rever o modelo fiscal instituído pela EC nº 95/2016 para garantir progressividade na alocação de recursos federais ao SUS, na medida em que seja retomado o crescimento econômico.

Por fim, para as três esferas de governo, a rediscussão da regra de vinculação do gasto em saúde precisa assegurar que as despesas sejam preservadas, nos momentos de recessão econômica, e ampliadas, progressivamente, nos períodos de crescimento econômico, até atingir um patamar que seja considerado suficiente, sustentável e com aproveitamento máximo dos recursos. Nas crises econômicas, a preservação do gasto em saúde e de outras políticas sociais é fundamental para que não ocorra piora da situação de saúde e do bem-estar da população. Nos momentos de crescimento econômico, pode-se alocar recursos para melhorar a oferta e a qualidade dos serviços oferecidos à população, criando condições para que o seu nível de saúde e de bem-estar melhore.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. **Gastos com a política social**: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Brasília: Ipea, 2011. (Comunicados do Ipea, n. 75).
- ALBUQUERQUE, C.; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. **Gestão de finanças públicas**: fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal. 2 ed. Brasília: Editora Gestão Pública, 2008.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C. P. O.; BACELETTE, R. G. **Desafios da Nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Painel de precificação:** planos de saúde 2017. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

ARAÚJO, E. C. Em busca da eficiência: o SUS na encruzilhada. **Monitor de Saúde**, v. 12, n. 90, 2018.

ÁVILA, R. **Mentiras e verdades sobre a dívida pública** – parte 3. Brasília: Auditoria Cidadã da Dívida, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993:** invertir en salud/indicadores del desarrollo mundial. Washington: Banco Mundial, 1993.

_____. **Um ajuste justo:** análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Washington: Banco Mundial, 2017.

BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. *In*: SOUZANETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.). **Direitos sociais:** fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Juris, 2010.

_____. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais:** o princípio da dignidade da pessoa humana. 3. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS, 1986. Disponível em: <<https://bit.ly/2CTUiYE>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1dFiRrW>>. Acesso em: 6 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde:** a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<https://bit.ly/2HzVwN3>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Presidência da República. 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, 2000a.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.047, de 5 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional no 29, de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ew0j3k>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 322, de 8 de maio de 2003. Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/kgNiKq>>. Acesso em: out. 2015.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão Especial Destinada a Discutir o Financiamento da Saúde Pública. Relatório do Deputado Rogério Carvalho. Brasília, out. 2013b.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015.

_____. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 set. 2016. (Edição extra).

_____. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595 Distrito Federal**. Brasília: STF, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2zwfKkC>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2017**. Brasília: MF; Dataprev, 2018.

_____. Ministério da Saúde; OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: MS, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

BÜHRING, M. A. Direito social: proibição de retrocesso e dever de progressão. **Direito & Justiça**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 56-73, jan./jun. 2015.

CALIXTRE, A.; VAZ, F. **PNAD 2014 – breves análises**. Brasília: Ipea, 2015. (Nota Técnica, n. 22).

CASTRO, C. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, jul. 11, 2019.

COMPARATO, F. K.; PINTO, E. G. Custeio mínimo dos direitos fundamentais, sob a máxima proteção constitucional. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 17 dez. 2015.

COMPARATO, F. K. *et al.* Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 27 jul. 2016.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da Saúde**. Brasília: Conass, 2007. (Coleção Para entender a gestão do SUS).

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FERNANDES, A.; FUCS, J.; AGOSTINI, R. Os políticos têm de controlar 100% do orçamento. **O Estado de S.Paulo**, 10 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2ToDwx8>>. Acesso em: 12 set. 2019.

FERNANDES, M. A. *et al.* **Gasto social das três esferas de governo**: 1995. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão n. 598).

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE/PR, 2012.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011.

FUNCIA, R. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal com saúde. *In*: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. M. (Orgs.). **Economia para poucos**: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PMDB – PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. **Uma ponte para o futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães; PMDB, 29 out. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2uxHftI>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

GERDTHAM, B. J. International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analyses. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.). **Handbook of Health Economics**, v. 1A, p. 11-53, 2000.

GRADVOHL, M. A. B. L. A norma implícita de orçamento impositivo na concretização de direitos fundamentais sociais. **Revista Controle**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 77-112, 2018.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. F. **Twenty years of health system reform in Brazil**: an assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington: World Bank, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IFI – INSTITUIÇÃO FISCAL INDEPENDENTE. **Relatório de acompanhamento fiscal**. Brasília: Senado Federal, dez. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZDYGG3>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Vinte anos da Constituição Federal. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília: Ipea, v. 1, n. 17, 2009.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília: Ipea, n. 24, 2016.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

JORGE, A. T. Apontamentos acerca da desvinculação de receitas da União (DRU). **Revista de Finanças Públicas, Tributação e Desenvolvimento – RFPTD**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 6, 2018.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MAGALHÃES, L. C. G.; COSTA, C. R. **Arranjos institucionais, custo da dívida pública e equilíbrio fiscal**: a despesa “ausente” e os limites do ajuste estrutural. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2403).

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. **Avaliação de eficiência em sistemas de saúde**: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2012. (Texto para Discussão, n. 1784).

MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago: Cepal, 1999. (Série Financiamento del Desarrollo, n. 82).

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 de SUS. In: RIZOTTO, M. L.; COSTA, A. M. (Orgs.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MARTINIANO, C. *et al.* A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, p. 85-116, 2011.

MENDES, A.; CARNUT, L. **A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/30MM6Wb>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; MS; Opas, 2016.

MENDES, A.; MARQUES, R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. *In*: MARQUES, R.; FERREIRA, M. (Orgs.). **O Brasil sob nova ordem: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula**. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDES, M. J. **Sistema orçamentário brasileiro: planejamento, equilíbrio fiscal e qualidade do gasto público**. Brasília: Senado Federal, 2008. (Textos para Discussão, n. 38).

NEWHOUSE, J. Medical care expenditure: a cross-national survey. **The Journal of Human Resources**, v. 12, n. 1, p. 115-125, 1977.

OAPS – OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE EM POLÍTICA DE SAÚDE. “Ajuste justo” para quem? **Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil**, Salvador, v. 3, n. 14, p. 1-8, 2017.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde - 2003 a 2015**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 48).

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. **Systematic reviews in the social sciences**. A practical guide. Oxford, United States: Blackwell Publishing, 2006.

PELEGRINI, M. L.; CASTRO, J. D. Expectativa de vida e gastos públicos em saúde. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, p. 97-107, 2012.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Rompendo as amarras no financiamento das políticas públicas de saúde. *In*: VAZ, F. T.; MUSSE, J. S.; SANTOS, R. F. (Coords.). **20 anos de Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: Anfip, 2008.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017**. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional nº 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016.

PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, 2012.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PUPO, F. Guedes diz ter pronta PEC para desvinculação total do Orçamento. **Valor Econômico**, 10 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2CfUqDB>>. Acesso em: 12 set. 2019.

RIBEIRO, I. R.; SALVADOR, E. S. Hegemonia e políticas sociais no Brasil: contribuições ao debate sobre vinculação orçamentária. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 76-85, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

QUAGLIO, G. *et al.* Austerity and health in Europe. **Health Policy**, v. 113, n. 1-2, p. 13-19, 2013.

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível.** Brasília: Ipea, jan. 2018. (Nota Técnica, n. 47).

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. **ODS 3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: Ipea, 2019. (Cadernos ODS). Disponível em <<https://bit.ly/2mGnRdC>>. Acesso em: 24 set. 2019.

SÁ, E. B. *et al.* Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: SOUZA, A. M.; MIRANDA, P. **Brasil em desenvolvimento 2015: Estado, planejamento e políticas públicas.** Brasília: Ipea, 2015. p. 139-172. (Série Brasil: o Estado de uma nação).

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS NETO, J. A. *et al.* Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”.** 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, p. 13-50, 2010.

SEN, A. K. Health in development. **Bulletin of the World Health Organization**, New York, United States, v. 77, n. 8, p. 619 -623, 1999.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ipea, 2011.

SMITH, S.; NEWHOUSE, J. P.; FREELAND, M. S. Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economics growth? **Health Affairs**, v. 28, n. 5, p. 1276-84, 2009.

SOUSA, F. H. Os efeitos da (des) vinculação dos recursos da União e a flexibilidade orçamentária. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Florianópolis, v. 5, n. 9, p. 29-48, 2008.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.

STN – SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Brasília: STN, 2018.

THOMAS, D.; FRANKENBERG, E. Health, nutrition and prosperity: a microeconomic perspective. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 2, p. 106-113, 2002.

VERDÉLIO, A. Bolsonaro defende reformulação do pacto federativo. **Agência Brasil**, 28 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2L0xWuZ>>. Acesso em: 12 set. 2019.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha de recursos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016a.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016b. (Nota Técnica n. 26).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016a. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016b.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Nota de política social**: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. Brasília: Ipea, 2018. (Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n. 25).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health**: investing in health for economic development. Geneva: WHO, 2001. (Report of Commission on Macroeconomics and Health).

YIP, W.; HAFEZ, R. **Improving health systems efficiency**: reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. Geneva: World Health Organization, 2015.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. **Contribuição da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) ao documento das entidades**: nota sobre o financiamento público da saúde. Brasília: Abres, 2014. (Não publicado).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**. Minuta de análise dos gastos da União em ações e serviços públicos da saúde no período de 2000-2010. Brasília: Siops, out. 2011. Mimeografado.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília: Ipea, n. 25, 2018.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A.; PERPÉTUO, I. H. O. A estrutura etária da população brasileira nos curto e médio prazos: evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde. *In*: RIPSAs – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Demografia e Saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Opas, 2009.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Revisão

Ângela Pereira da Silva de Oliveira

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Alice Souza Lopes (estagiária)

Amanda Ramos Marques (estagiária)

Ana Luíza Araújo Aguiar (estagiária)

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Lauane Campos Souza (estagiária)

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Herllyson da Silva Souza

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

ISSN 1415-4765

