

ARTIGO

Análise dos fatores que influenciam na dinâmica dos gastos públicos em saúde no Brasil (2001-2019)

Artur Rodrigues Santos de França[†] | Julio Cesar Nascimento[‡] | Stéphanie C. Mariotti Ruiz[§]

Resumo

A saúde foi reconhecida internacionalmente como um direito humano, mas seu financiamento enfrenta desafios significativos. Este estudo analisou o investimento público em saúde no Brasil entre 2001 e 2019 sob a ótica dos direitos humanos, com foco no princípio da progressividade. Para isso, foram considerados os pactos internacionais assinados pelo Brasil e a Constituição Federal de 1988. Os dados foram extraídos do SIGA Brasil (Orçamento) e do Banco Central do Brasil (PIB). A metodologia adotada foi descritiva-explicativa, utilizando pesquisa bibliográfica e abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo partiu das hipóteses de que o Brasil seguiu o princípio da progressividade no orçamento da saúde, que a economia influenciou diretamente os gastos no setor e que crises econômicas e o Teto de Gastos impactaram negativamente as despesas públicas em saúde. Os resultados indicaram que o financiamento da saúde teve grande impacto no orçamento público e que restrições fiscais comprometem sua expansão. A complexidade do setor reforça a necessidade de novos estudos que testem outras hipóteses, permitindo maior robustez na formulação de políticas públicas voltadas à garantia do direito à saúde no Brasil.

Palavras-chave: Setor Público; Saúde; Sistema de Financiamento.

Abstract

Health has been internationally recognized as a human right, but its financing has faced significant challenges. This study analyzed public health investment in Brazil between 2001 and 2019 from a human rights perspective, focusing on the principle of progressivity. To this end, the international pacts signed by Brazil and the 1988 Federal Constitution were considered. Data were obtained from SIGA Brazil (Budget) and the Central Bank of Brazil (GDP). The methodology adopted was descriptive-explanatory, using bibliographic research and a qualitative-quantitative approach. The study was based on the hypotheses that Brazil followed the principle of progressivity in the health budget, that the economy directly influenced spending in the sector, and that economic crises and the Spending Cap negatively impacted public health expenditures. The results indicated that health financing significantly impacted

[†]Mestrando em Economia UFRN. E-mail: arturrodriguesfranca@hotmail.com

[‡]Doutor em Desenvolvimento Econômico pela UNICAMP. E-mail: julio.cesarufrn@hotmail.com

[§]Mestre em Desenvolvimento Econômico pela UNICAMP. E-mail: stephani.ruizunicamp@gmail.com

the public budget and that fiscal restrictions compromised its expansion. The sector's complexity reinforces the need for further studies to test other hypotheses, allowing for greater robustness in the formulation of public policies aimed at ensuring the right to health in Brazil.

Keywords: Public Sector; Health; Finance System.

1. Introdução

A saúde é reconhecida como um direito humano em diversos Pactos Internacionais de Direitos Humanos – a exemplo da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) e do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) - e nas Constituições de diversos países. Este direito é norteado por princípios – como a universalidade e progressividade –, estes devem ser utilizados como parâmetro para a efetivação dos direitos humanos.

No Brasil, a saúde tem reconhecimento na Constituição Federal de 1988 como um direito, para tanto, foi desenvolvido um sistema de saúde pública para o país – que é de reconhecimento internacional – e com as formas de financiamento da saúde. Mas há uma discussão sobre até que ponto o sistema de financiamento do direito à saúde encontra-se relacionado com os princípios de direitos humanos de Pactos Internacionais que o Brasil é signatário – em destaque, o princípio da progressividade. Deste princípio, os direitos humanos não podem passar por retrocessos, este princípio também é aplicado ao financiamento dos direitos humanos, visto que são essenciais para a progressividade dos direitos.

Nesse sentido, enquanto justificativa da realização deste artigo, surge uma inquietação na busca de entender até que ponto os textos supracitados são efetivados no Brasil quanto à busca da realização progressiva dos direitos humanos e, especialmente, quanto a saúde e, particularmente, quanto ao seu orçamento público, dado que o Brasil com suas peculiaridades relacionados às desigualdades sociais se faz necessário oferecer acesso aos direitos humanos, principalmente a saúde, de forma pública, gratuita, universal e progressiva como citado nos documentos supracitados. Diante do exposto, surge uma inquietação que é o problema deste artigo: O sistema de financiamento da saúde no Brasil é adequado às regras de financiamento estabelecidas pela ótica dos direitos humanos, sobretudo em relação ao princípio da progressividade?

As hipóteses que serão testadas neste artigo são: (i) se o Brasil adere o princípio da progressividade para o orçamento da saúde, (ii) se a dimensão econômica está sob determinante a dinâmica dos gastos em saúde no Brasil e, por fim, (iii) se os momentos de crise e o Teto de Gastos estão impactando negativamente a dinâmica das despesas efetivadas em saúde.

Desta forma, o objetivo do trabalho é analisar o investimento público em saúde no Brasil à luz da ótica dos princípios de direitos humanos entre 2001-2019. E para responder o problema de pesquisa a partir do objetivo do artigo, a metodologia utilizada foi baseada em analisar os trabalhos sobre o assunto e uma análise quantitativa descritiva sobre os gastos em saúde da União no país. Por fim, além desta introdução e conclusões, a estrutura do presente artigo está dividida em: metodologia, revisão bibliográfica sobre o sistema de financiamento da saúde no Brasil e as formas de financiamento e o direito à saúde no Brasil e suas formas de financiamento público, e os resultados e discussões da análise dos gastos públicos em saúde no Brasil.

2. Metodologia

O presente trabalho pode ser considerado bibliográfico, descritivo e explicativo. A classificação como trabalho bibliográfico é motivada pelo uso de trabalhos científicos. Este, também pode ser considerado descritivo e explicativo, dado que foi para a compreensão do fenômeno descrição dos dados sobre o orçamento da saúde e explicações da dinâmica deste orçamento. E o método do trabalho é analítico e a natureza é qualitativa e quantitativa.

A revisão teórica bibliográfica foi realizada a partir da ótica dos direitos humanos e sobre os tratados internacionais que o Brasil é signatário - como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) -, da literatura específica sobre o financiamento dos direitos humanos a partir dos seus princípios norteadores - a exemplo dos estudos realizado pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) e pelo Center For Economic and Social Rights (CERS) – e análise de relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além disso, na revisão de literatura foi desenvolvida uma análise explicativa do aparato legal do Brasil, a exemplo da Constituição Federal de 1988 e da literatura nacional

que trata sobre o financiamento da saúde no Brasil. Nessa perspectiva, discutiu-se como o Brasil é o sistema de financiamento, essa análise é contrastada com a perspectiva dos direitos humanos sobre o financiamento. Para tanto, foi acionado o texto constitucional do país e trabalhos realizados sobre o financiamento do direito à saúde no Brasil. Para contrapor o aparato legal do Brasil com a DUDH e o PIDESC, os parâmetros utilizados foram: reconhecimento sobre o direito à saúde, os princípios, o financiamento e os destaque relevantes encontrados na análise. Foi incluída na análise uma discussão importante que pode estar restringindo o direito à saúde no Brasil: as políticas fiscais denominadas de Resultado Primário, Teto de Gastos e Regra de Ouro, além da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Já na análise qualitativa e quantitativa utilizou-se os dados das despesas em saúde da União, do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil e do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). As fontes utilizadas foram do sistema de informação SIGA BRASIL e do Banco Central do Brasil (Bacen) no período 2001-2019. Após a organização dos dados, eles foram deflacionados utilizando como base o IPCA de 2019.

A estatística descritiva foi utilizada no artigo para analisar a dinâmica do financiamento da saúde no Brasil e testar as hipóteses. Inicialmente, a dinâmica das variáveis foi descrita, analisando as tendências e relacionando com a teoria. Após a análise das tendências, foi realizado o cálculo de variação para analisar a intensidade das variações dos dados é feito o cálculo de correlação para verificar a hipótese que a dimensão econômica pode estar determinando as variações das despesas em saúde, neste caso, foi correlacionado o PIB do Brasil com as despesas totais em saúde da União no período 2001-2019.

Por fim, foi realizada uma simulação para analisar como estariam as despesas em saúde da União em 2019 se tivesse sido adotado o princípio da progressividade ao financiamento em 2001.

3. Literatura e bibliografia

3.1. Sistema de financiamento da saúde pública no Brasil

Para Marques e Mendes (2012), historicamente há um problema de financiamento do SUS no Brasil.

Desde a criação do SUS, que considera a saúde um direito universal, de responsabilidade do Estado, seu financiamento não foi resolvido. Durante os anos de sua existência, um de seus maiores desafios tem sido conseguir os recursos necessários para preservar o caráter universal de seu acesso e garantir seu atendimento integral. A carência de recursos adequados sistematicamente coloca em questão a qualidade de suas ações e serviços e fomenta o argumento daqueles que entendem a saúde pública como aquela que se dedica ou somente à Atenção Básica ou dirigida apenas aos segmentos mais pobres da população (mesmo que envolvendo os serviços de Alta Complexidade) (Marques; Mendes, 2012, p. 359).

O SUS é a principal instituição criada no Brasil para a efetivação do direito à saúde. O seu financiamento está descrito no artigo 198 da CF 88, especificamente no parágrafo 1º, o qual descreve que o financiamento será a partir da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O texto é destacado pelo Ministério da Saúde em 2020, especialmente sobre a responsabilidades dos entes federativos:

(i) União: É o mais importante ente de financiamento para o sistema de saúde pública do país. Cabe ressaltar que, historicamente, o Ministério da Saúde aplica a metade do investimento realizado em saúde pública no país. O Ministério da Saúde tem, em suas competências, a formulação das políticas nacionais de saúde, planejamento e elaboração de normas, porém, não faz execuções das políticas na saúde (BRASIL, 2020).

(ii) Estados e Distrito Federal: são entes federativos que têm secretarias de saúde. Estes entes aplicam recursos próprios, inclusive nos municípios, além dos repassados pela União. Cabe ressaltar que os Estados têm autonomia para formular suas políticas de saúde, porém, respeitando a normativa federal. Os estados e distrito federal têm como competência a coordenação e planejamento do SUS a nível estadual (BRASIL, 2020).

(iii) Municípios: Em suas competências, os municípios coordenam e planejam o sistema de saúde a nível municipal e tem autonomia para formular suas próprias políticas, respeitando as normas federais. Por fim, estes entes são responsáveis por executar as ações em serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Uma discussão que se abre, para o objeto desta pesquisa, é quanto ao texto supracitado da CF 88, especificamente sobre o inciso I do parágrafo 2º, na qual, a União – ênfase dessa pesquisa e como supracitado é o que tem metade dos investimentos que

são realizados em saúde pública no país – tem como base para destinar recursos para a saúde de no mínimo 15% da receita líquida corrente do ano em exercício (BRASIL, 1988)

Apesar de importante o mínimo estabelecido pela CF 88, é relevante destacar que esta norma não está de acordo com o princípio da progressividade - princípio dos Pactos Internacionais de Direitos Humanos que o Brasil é signatário -, visto que as receitas passam por variações, inclusive com queda de receitas, o que pode impactar o financiamento progressivo do direito à saúde. Um exemplo é em momentos de crises com a possibilidade de impacto na redução das receitas do governo, assim, podendo culminar na redução do valor efetivo investido em saúde.

Há uma outra importante discussão que é importante realizar nesse debate sobre o direito à saúde: financiamento, o dever do Estado e a figura do setor privado nos serviços de saúde. Esta discussão pode ser realizada a partir do artigo 199 da CF 88. A discussão que se pode destacar com o artigo 199 é quanto à possibilidade de transferência de recursos públicos para o setor privado. Esta disposição descrita no aparato legal do país pode significar um entrave para o desenvolvimento do sistema público de saúde, visto que os recursos estão sendo destinados para o setor privado, o que poderia estar sendo investido no sistema público de saúde do país.

Porém, entende-se que há omissão do Estado na garantia do direito à saúde no Brasil e, por isso, há a judicialização deste direito. As interpretações para as decisões judiciais são diversas, a qual, incluem os princípios de direitos humanos, mas também outros princípios, como a reserva do possível. Em conceito, a Reserva do Possível, de acordo com Lima (2001) é caracterizada pelo fundamento que os direitos sociais serão garantidos desde que os recursos públicos estejam disponíveis. Ou seja, pelo princípio, o argumento de restrições orçamentárias podem ser utilizados para a não concretização plena e/ou progressividade da garantia do direito à saúde. Portanto, o princípio além de ameaçar o direito à saúde no Brasil ainda é conflituoso com os princípios de direitos humanos.

Para além dessa discussão é importante descrever a evolução do sistema de financiamento da saúde pública no Brasil. Como descrito, o sistema de saúde público do Brasil tem seu financiamento no aparato legal brasileiro – CF 88. Após a sua criação houve diversas leis até a atualidade que impactam no seu financiamento. O Quadro 1

construído por Matias et al. (2018) apresenta as alterações do sistema de financiamento da saúde no Brasil.

Quadro 1. Financiamento do SUS (1988-2017)

Ano	Legislação	Descrição
1988	CF88	Cria o SUS
1990	Lei 8.080	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes
1990	Lei 8.142	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde
2000	EC29	Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ASPS.
2007	Portaria 204	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2011	Decreto 7.508	Regulamenta a Lei 8.080/1990, a fim de tratar da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação Inter federativa.
2012	Lei Complementar 141	Regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.
2015	EC 86	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
2016	EC 95	Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte anos.
2017	Portaria 3.992	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS.

Fonte: Matias et al. (2018, p. 14).

Em 1990 há duas alterações para o sistema de saúde no Brasil, com a Lei nº 8.080 que discorre sobre as condições de promoção, organização e o funcionamento do sistema de saúde e com a Lei 8.142 que insere a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos entre os governos.

Nos anos 2000 a Emenda Constitucional (EC) 29 discorre sobre quais devem ser os mínimos de recursos aplicados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em 2007, a portaria 204 regulamenta o financiamento e transferência dos recursos do governo federal para a ASPS. Em 2011 ocorreu a regulamentação da Lei criada em 1990 com o decreto 7.508.

Em 2012 a Lei Complementar (LC) 141 regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da CF 88, ou seja, regulamenta os valores mínimos aplicados pelos entes federais, além de regulamentar as normas de fiscalização, avaliação e controle. Um avanço que ocorreu em 2015 é com a EC 86 que torna obrigatória a execução da programação orçamentária, portanto, uma importante regulamentação que assegura que o orçamento será aplicado,

pelo menos em teoria. Ainda sobre o financiamento, a portaria 3.992 dispõe sobre o financiamento a transferência dos recursos advindos do governo federal para as ASPS.

Por fim, há a EC 95, denominada de Teto de Gastos, que pode afetar a dinâmica dos investimentos em saúde no Brasil, esse tema é destaque do próximo tópico, portanto será aprofundado posteriormente.

Em síntese, o sistema de saúde público do país tem seu financiamento descrito na CF 88, a qual, tem colaboração da União, Estados, Distrito Federal e Municípios do Brasil – em destaque a União. Porém, das discussões realizadas no tópico, tem-se que já se pode encontrar conflitos com os princípios de direitos humanos, especialmente a progressividade – destaque da pesquisa -, a qual, os 15% das receitas líquidas correntes do ano que é utilizada como parâmetro pode não representar, fielmente, o princípio da progressividade, já que, como discutido, as receitas podem variar, inclusive reduzindo - o que pode ameaçar o princípio do investimento progressivo para a garantia do direito à saúde no Brasil.

Além disso, há outros possíveis conflitos com o princípio de direitos humanos para o orçamento público, como a política fiscal, portanto, a dimensão econômica pode estar sob determinando a dimensão do direito. Esta discussão é feita no próximo tópico.

3.2. A política fiscal e os possíveis conflitos com os princípios de direitos humanos

Além do conflito na regra de financiamento do direito à saúde supracitado no tópico anterior, parte-se do fundamento destacado no capítulo anterior que as políticas econômicas são políticas públicas e, portanto, estas devem ter os princípios de direitos humanos como norteadores do texto legal e na execução das políticas públicas com objetivo de efetivar o direito à saúde.

Com isso, cabe analisar algumas políticas econômicas do Brasil, especialmente as políticas fiscais, com objetivo de compreender se estas estão de acordo com os princípios de direitos humanos. Para tanto, serão analisadas a política de resultado primário, de Teto de Gastos e Regra de Ouro. Além destas, será analisada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e, também possíveis conflitos com o princípio da reserva possível.

Em 1999, o ex-presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso (FHC) adota uma política econômica denominada de tripé macroeconômico, que abrange a política de Resultado Primário, Câmbio Flutuante e Meta de Inflação. Do tripé, o objetivo aqui é discutir a política de resultado primário.

Em linhas gerais, o resultado primário pode ser superavitário ou deficitário, ou seja, respectivamente, as receitas podem ser maiores que as despesas ou as receitas podem ser menores que as despesas. O governo deve buscar superávit primário com objetivo de amortização da dívida pública. Porém, o superávit poderia ser utilizado para outros objetivos, como para a realização progressiva de direitos, visto que, pelos Pactos Internacionais de Direitos Humanos que o Brasil é signatário o país deve buscar outras fontes de recursos para a efetivação dos direitos (PIDESC, 1966).

A outra política fiscal do Brasil é denominada de Regra de Ouro, na qual, no inciso III do artigo 167 da CF 88 dispõe que: “III – a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade precisa, aprovados pelo Poder Legislativo por maioria absoluta” (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a Regra de Ouro, limita a possibilidade de utilização dos instrumentos de dívida pública para pagamento de despesas correntes. Cabe destacar que o governo deveria promover serviços que são essenciais para a população, como serviços de saúde, que é um direito fundamental, este serviço é intensivo em trabalho, porém, de acordo com a lei denominada de Regra de Ouro não é possível realizar empréstimos para pagamento de salários. Portanto, esta pode representar um outro limitador para a garantia de direitos, dado que alguns serviços são essencialmente intensivos em trabalho.

Além dessas duas políticas fiscais do Brasil, ainda há a convivência com outra regra fiscal denominada de Teto de Gastos instituída pela Emenda Constitucional 95 de 2016 durante a gestão do ex-presidente do Brasil, Michel Temer.

II - Para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. (BRASIL, 1988).

O Teto de Gastos foi constitucionalizado no Brasil com o argumento que as contas públicas do país estavam desequilibradas, portanto, necessitaria desta política para equilibrá-las. Os argumentos para convencer a constitucionalização e implementação da política fiscal no Brasil foram baseados, de acordo com Rossi et al. (2018), na “Fada da Confiança” e “Metáfora do Orçamento Doméstico”. A primeira, é baseada no argumento que os investidores utilizam como parâmetro para realizar os investimentos na economia a situação do governo, assim, o governo com as contas públicas organizadas seria um bom indicador de confiança para a realização de investimentos do mercado.

O segundo argumento destaca que o orçamento do governo é igual ao orçamento das famílias, portanto, assim como as famílias passam por problemas relacionados ao orçamento e cortam gastos para se organizarem, o governo também precisa organizar as contas, principalmente, através de cortes. A hipótese é inconsistente em sua formulação, dado que o orçamento do governo não pode ser comparado com os das famílias, visto que quando o governo gasta, parte das despesas retornam como receita e, ao contrário, as famílias não podem determinar o quanto ganham, diferente do governo que pode definir seu orçamento (Rossi; Dweck; Arantes, 2018).

Portanto, os argumentos supracitados – orçamento doméstico e fada da confiança - utilizados para o Teto de Gastos são fracos. O ponto que merece ser discutido é como esta pode ameaçar os direitos humanos. Como a inflação é o parâmetro utilizado para definir as despesas públicas primárias - entende-se que esta pode crescer apenas até a inflação. A política de austeridade denominada de Teto de Gastos pode ameaçar a garantia progressiva de direito à saúde de duas formas: não aumentando os recursos em termos reais e, caso aumente os gastos em outras áreas, a saúde pode ser afetada reduzindo suas despesas em termos reais. Portanto, esta política é conflituosa com a garantia do direito à saúde. Para Vieira e Benevides (2016, p. 4) os impactos para a saúde da EC 95 são:

Desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d) desobrigação dos governos de alocar mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Além do Teto de Gastos, há outra lei que também pode gerar problemas para a garantia do direito à saúde no Brasil: a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A lei supracitada é descrita no artigo 19:

Art. 19. Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados: I - União: 50% (cinquenta por cento); II - Estados: 60% (sessenta por cento); III - Municípios: 60% (sessenta por cento). (BRASIL, 2020).

Com a limitação de seu uso para pagamento de despesas correntes, como salários, só pode ocorrer até os limites de 50-60% a depender do ente federativo, esta pode afetar o direito à saúde, dado que é um serviço que é intensivo em mão de obra, assim, representando mais uma política que pode criar conflitos com os princípios de direitos humanos, posto que, ao atingir o limite, os entes não poderão mais utilizar os recursos para contratar profissionais essenciais para a área da saúde.

Dessas discussões cabe destacar que o financiamento adequado é essencial para garantir o direito à saúde, principalmente quando tratamos de um sistema de saúde que, de acordo com o próprio Ministério da Saúde (2007) é grandioso, com o seu grande aporte e estrutura, mas historicamente “O financiamento ainda insuficiente do setor, sem dúvida, apresenta-se como uma das dificuldades a serem superadas para que o Sistema Único de Saúde universal e integral aconteça de fato” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Em síntese, as políticas fiscais do Brasil são conflituosas com os princípios de direitos humanos, estas podem ameaçar a garantia dos direitos humanos no país, sobretudo o direito à saúde.

3.3. Síntese: DUDH, PIDESC e CF 88

O objetivo neste tópico é apontar as convergências e divergências quanto ao tratamento da saúde pela DUDH e PIDESC e a CF88. Com isso, considera-se como parâmetro: reconhecimento do direito à saúde, dever para com a saúde, objetivos, princípios e financiamento (Quadro 2).

Quadro 2. Direito à saúde na DUDH/PIDESC e na CF 88

	Direitos Humanos: Teoria e Pactos (DUDH/PIDESC)	CF88
Direito à saúde	Reconhece	Reconhece
Objetivo	Garantir direito e a dignidade humana	Garantir direito e a dignidade humana
Dever	Estado	Estado
Princípios (destaques) para o direito à saúde	Destaque: Universalidade e Progressividade	Destaque: Universalidade
Financiamento (Destques)	Destaque: Progressividade, não retrocesso, Máximo de recursos disponíveis.	Destaque: mínimos constitucionais, reserva do possível e política fiscal contracionista/austera.
Conclusões	Saúde é um direito, dever do Estado e o objetivo é a própria garantia do direito à dignidade humana. Os destaques para os princípios é a universalidade e progressividade.	Em relação ao reconhecimento, o objetivo e o dever, a CF 88 está de acordo com a DUDH e PIDESC, as diferenças ocorrem, sobretudo, quanto ao financiamento.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No Quadro 2, pode-se demonstrar as convergências e divergências entre a DUDH e PIDESC em relação ao CF 88, com destaque para os principais conflitos. Quanto ao direito à saúde e o dever do Estado, há o reconhecimento tanto na DUDH, PIDESC e CF 88. Quanto aos princípios, o destaque para a DUDH e PIDESC é a universalidade e progressividade, para a CF 88 o destaque é para a universalidade.

Porém, quanto ao financiamento há conflitos nos princípios da DUDH e PIDESC com a CF 88. O Destaque para a DUDH e PIDESC é a progressividade, uso máximo de recursos disponíveis e não retrocesso, ou seja, o Estado, em seu dever de efetivar os direitos humanos, deve ter em suas regras de financiamento progressivo e sem retrocessos, além disso, o Estado deve buscar recursos, como novas fontes, para a garantia dos direitos humanos.

No Brasil, apesar do reconhecimento do direito à saúde na DUDH e PIDESC e nas normativas nacionais, como na CF 88, o sistema de financiamento dos direitos é baseado em mínimos constitucionais e reserva do possível, além de políticas fiscais de austeridade. Os mínimos constitucionais é um avanço para a garantia do direito à saúde, mas como este é indexado as receitas líquidas correntes há a possibilidade de o princípio da progressividade ser ameaçado, visto que as receitas podem reduzir em momentos de crise e, portanto, reduzindo para patamares menores os investimentos em saúde no país.

Outro parâmetro basilar é o princípio da reserva do possível que pode ser utilizado como argumento para a não efetivação plena do direito à saúde no país, posto que pode

ameaçar o princípio da progressividade e não retrocesso social, pois, parte-se do princípio de que se não há recursos então os direitos sociais podem não ser contemplados, este entendimento não faz sentido, pois, pelos princípios, o Estado pode buscar formas de financiamento para o direito à saúde.

Por fim, a política fiscal também pode ameaçar o direito à saúde no Brasil, posto que, como visto anteriormente, a maior parte dos recursos para a saúde é destinado pela União que tem o Teto de Gastos, a qual, as despesas são corrigidas apenas pela inflação, não tendo aumento real, além disso está, também, pode impactar nos recursos destinados a estados e municípios, a qual, investem a outra metade dos recursos para à saúde. Portanto, a regra fiscal pode ameaçar o direito à saúde e, assim, colocando em xeque os princípios de direitos humanos no Brasil. Destaca-se: “Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país” Vieira e Benevides (2016, p. 21).

Desta forma, o Teto de Gastos pode significar uma ameaça para a garantia do direito à saúde para os grupos mais vulneráveis da população brasileira, desta forma, é indispensável discutir os gastos públicos em saúde adequada como sendo imprescindível para a garantia deste direito. Observou-se que o Brasil está em convergência com a DUDH e PIDESC quanto ao reconhecimento do direito à saúde e ao colocar a figura do Estado como o principal responsável na garantia do direito à saúde, além do princípio da universalidade ser destaque nos dois.

Em relação ao financiamento, tem-se que este pode estar ameaçando o princípio da progressividade, princípio que deveria ter sido colocado como base para qualquer política no país, visto que o Brasil é signatário de pactos internacionais de direitos humanos que destaca que os princípios devem ser para todos os direitos, inclusive para o financiamento e nas políticas econômicas, visto que estas também podem ameaçar os direitos humanos e, no caso do Brasil, como discutido, a política fiscal pode representar uma ameaça para a garantia dos direitos humanos.

Visto que o orçamento público é um importante componente para analisar o direito à saúde e que as evidências apresentadas no aparato legal do Brasil indicam possíveis

ameaças, cabe analisar como efetivamente os gastos em saúde encontram-se no Brasil, essa discussão com análise das despesas em saúde, especificamente da União.

4. Resultados e discussões

4.1. Gasto público em saúde no Brasil (2001-2019) – da lei orçamentária anual (LOA) a efetivação

Com objetivo de analisar o direito à saúde no Brasil, tem-se que há diversas possibilidades, uma delas é a análise dos gastos públicos, objeto ênfase da presente dissertação. Com isso, no presente capítulo será apresentado e analisado os gastos públicos em saúde do Brasil, especificamente da União. A primeira hipótese – destaque deste tópico – é que no Brasil, os gastos previstos e efetivos, não se encontram de acordo com a garantia do princípio da progressividade. Após, serão testadas outras hipóteses com objetivos de entender o fator que influencia na dinâmica dos gastos.

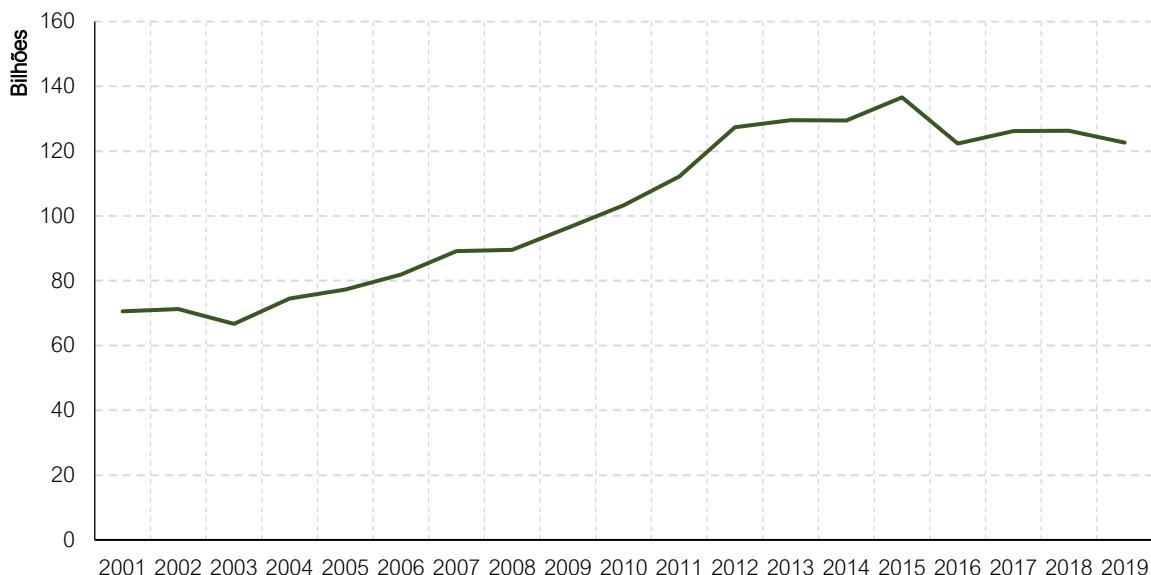
Tabela 1. Recursos em Saúde da União (por 100 mil R\$) - Brasil - (Dotação Inicial, Autorizado, Empenhado, Pago RP Pago e Pago Total) – 2001-2019.

	Dotação Inicial	Autorizado	Empenhado	Pago	RP Pago	Pago Total
2001	705.883	734.119	705.697	617.681	44.271	661.951
2002	712.714	742.562	700.292	637.359	63.880	701.239
2003	666.826	672.651	652.199	603.939	330	604.268
2004	745.265	774.874	742.412	677.730	40.523	718.254
2005	772.577	821.348	768.338	699.003	43.574	742.577
2006	818.944	855.216	820.553	732.437	47.225	779.662
2007	891.019	959.461	892.160	782.271	68.524	850.795
2008	895.486	973.761	925.758	820.816	60.313	881.129
2009	963.587	1.048.414	1.023.596	872.423	72.510	944.933
2010	1.032.638	1.077.739	1.036.941	929.650	107.657	1.037.307
2011	1.121.623	1.171.744	1.135.346	1.003.033	80.925	1.083.959
2012	1.273.758	1.327.212	1.191.563	1.064.276	96.138	1.160.415
2013	1.295.745	1.307.103	1.197.588	1.074.869	95.864	1.170.733
2014	1.294.374	1.324.440	1.241.945	1.139.783	99.268	1.239.051
2015	1.365.893	1.368.520	1.236.356	1.136.704	76.866	1.213.570
2016	1.223.601	1.251.053	1.205.785	1.115.823	95.068	1.210.891
2017	1.261.431	1.295.758	1.266.108	1.027.138	69.408	1.096.547
2018	1.263.146	1.265.566	1.255.252	1.123.441	129.244	1.252.685
2019	1.226.238	1.270.722	1.259.908	1.141.825	112.832	1.254.657

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Na Tabela 1 estão descritos os valores, em termos reais – deflacionados pelo IPCA em valores de 2019 -, dos gastos em saúde no Brasil, os valores são da dotação inicial, autorizado, empenhado, pago, resto a pagar e o total pago durante o período 2001-2019. O objetivo para a análise desde as previsões a efetivação é analisar se desde o processo de previsão orçamentária na LOA a ideia de progressividade como princípio da garantia do direito à saúde está sendo levado em consideração, além das despesas efetivadas. Essas variáveis são detalhadas a seguir.

Gráfico 1. Recursos em Saúde da União - Brasil - Dotação Inicial – 2001-2019



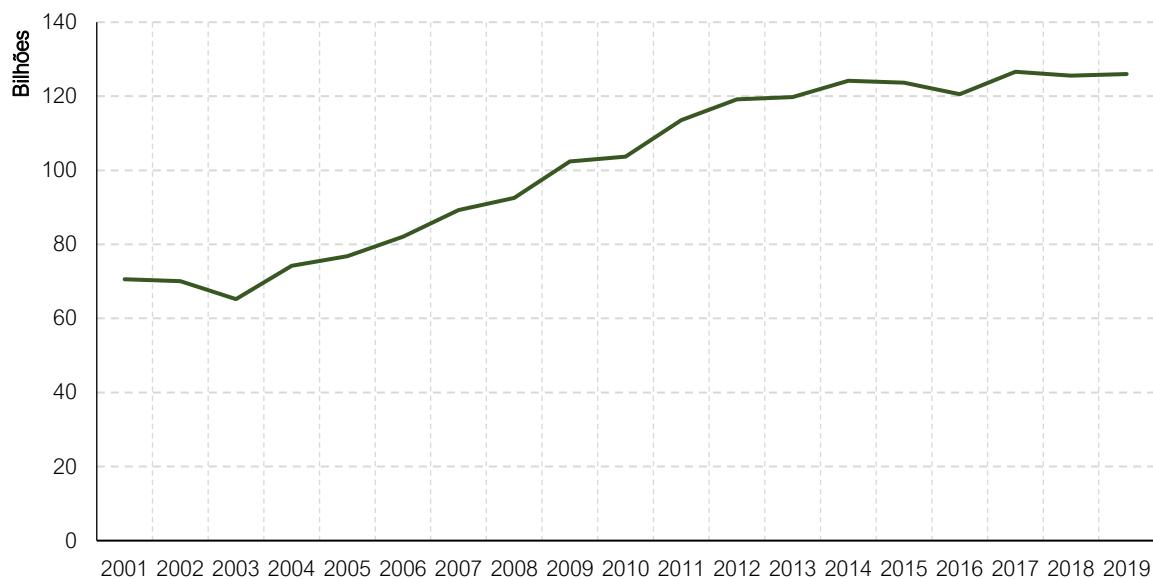
Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

No Gráfico 1 é apresentada a dotação inicial, esta é uma estimativa feita, prevendo, no ano vigente, os gastos para o ano seguinte. A dotação inicial teve tendência de aumento entre 2001-2015, mas desde então passa por uma redução dos gastos durante 2016-2019. Cabe ressaltar que é apenas uma previsão, dado que o orçamento do Brasil não é do tipo obrigatório com o que se encontra na LOA, este, serve apenas como um parâmetro para a execução das despesas durante o ano. Portanto, mesmo com o aumento significativo entre 2011-2015, este pode não ter sido efetivado.

Um destaque que pode ser visualizado no Gráfico 1 é que o valor orçado em 2019 está no patamar menor do que de 2012 em termos reais. E os valores autorizados seguem a tendência da dotação inicial da LOA. Mas como podem ser visualizados não segue uma tendência de crescimento progressivo, pois, em alguns momentos os valores autorizados

foram menores, em termos reais, do que nos anos anteriores. Este fato já nos evidencia que, já na previsão orçamentária e autorização, a regra de progressividade não está sendo incluída como parâmetro.

Gráfico 2. Recursos em Saúde da União - Brasil - Empenhado – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

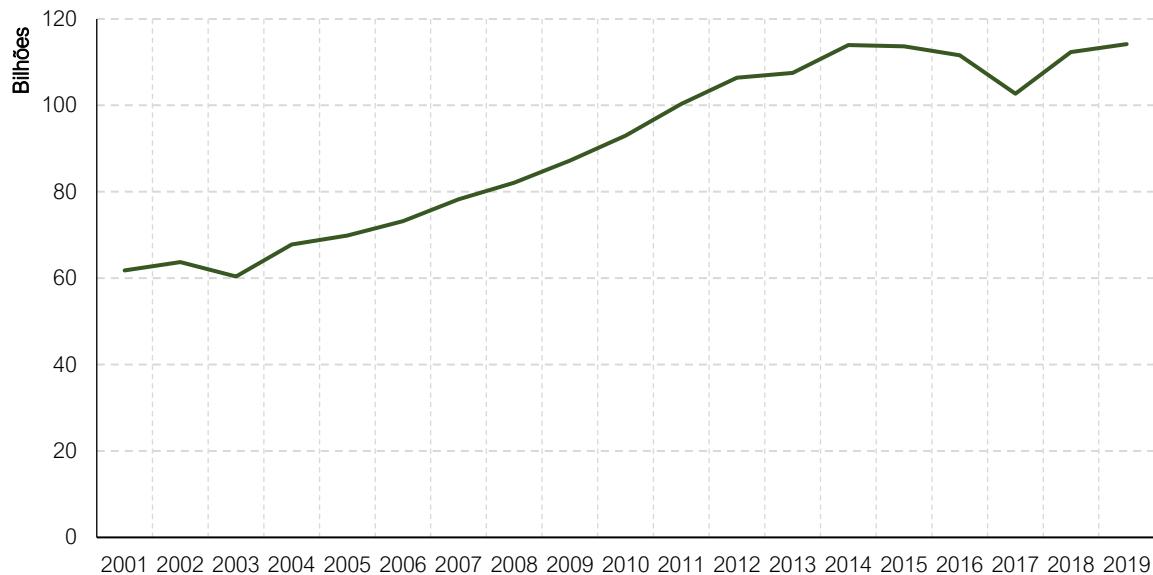
Em relação aos valores empenhados dos recursos públicos em saúde da União (Gráfico 2), tem-se que mesmo com a previsão que no ano de 2015 haveria aumento nas despesas em saúde, quando verifica-se os valores empenhados já há uma redução no ano de 2015. Isso aponta que mesmo quando o processo de orçamento está na sua penúltima fase, já há uma diferença dos valores que são destinados efetivamente à garantia do direito à saúde.

No Gráfico 3 apresenta os valores pagos em saúde no país, na qual, são despesas que foram pagas no ano vigente, mas não é o total gasto, pois estes não contemplam os valores do resto a pagar. Para isso, precisam ser somadas com os outros gastos. Isso indica um problema de previsibilidade e/ou de mecanismo que efetivem os valores orçados para o ano vigente.

Nos valores pagos, ou seja, efetivados sem o resto a pagar já evidencia que, efetivamente, o direito à saúde, no tocante do seu orçamento, não está seguindo o princípio da progressividade, princípio que deveria ser utilizado como parâmetro, pois o Brasil integra pactos de direitos humanos que reconhecem a saúde como direito e a progressividade como regra, na qual, os países signatários, como o Brasil, deveriam

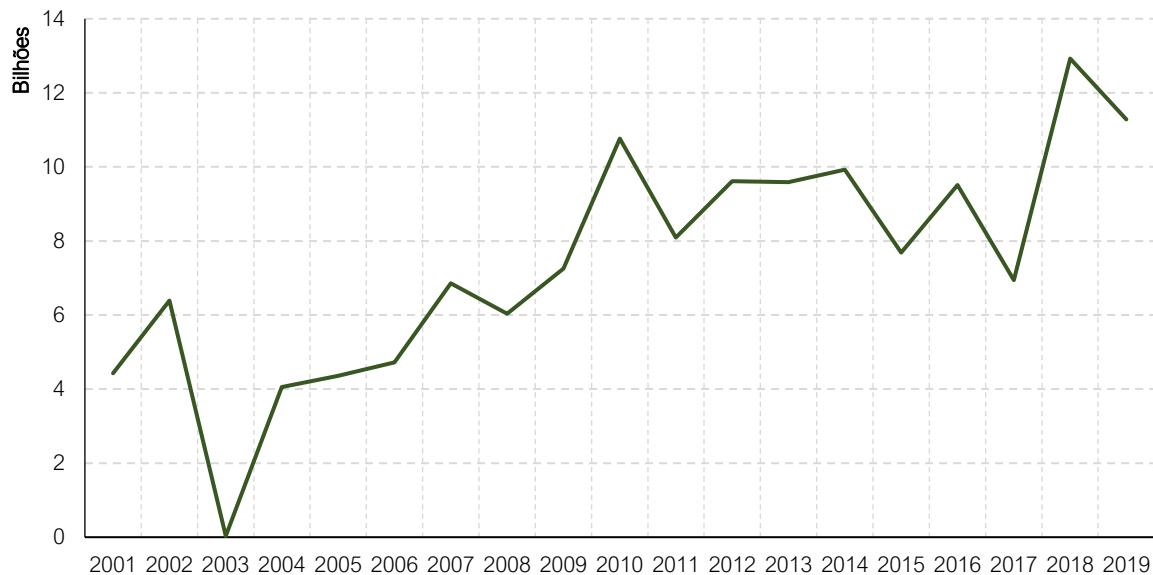
utilizar o parâmetro da progressividade como regra no país e não como uma opção nas formulações de políticas e efetivação de políticas públicas.

Gráfico 3. Recursos em Saúde da União - Brasil - PAGO – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Gráfico 4. Recursos em Saúde da União - Brasil – Resto a Pagar Pago – 2001-2019

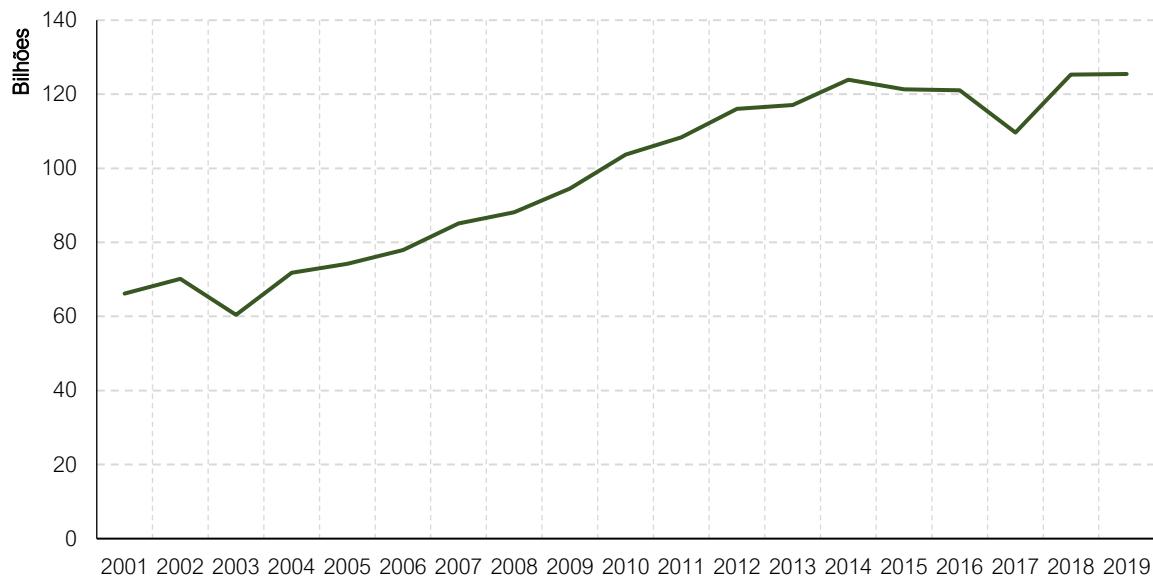


Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

No Brasil, desde o início da análise, em ressalva ao ano de 2013, teve como resultado no orçamento da saúde resto a pagar (Gráfico 4). Apesar dos valores terem sido pagos posteriormente, estes passaram por uma tendência de aumento durante o

tempo, evidenciando uma falta de melhor mensuração e efetivação dos recursos para os anos orçados vigentes. É importante destacar que o mecanismo de resto a pagar é uma forma relevante de garantir que os valores orçados serão pagos.

Gráfico 5. Recursos em Saúde da União - Brasil – Pago Total – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Os valores pagos totais nos gastos em saúde da União do país (Gráfico 5), despesas destaque para esta dissertação, apresenta uma tendência de progressividade entre 2003-2014, o que se aproxima dos princípios de direitos humanos, baseado no aumento progressivo dos recursos para avanços progressivos na garantia de direitos. Porém, antes do ano de 2003 e nos anos de 2015, 2016 e 2017 sofreram quedas no orçamento em relação ao ano anterior.

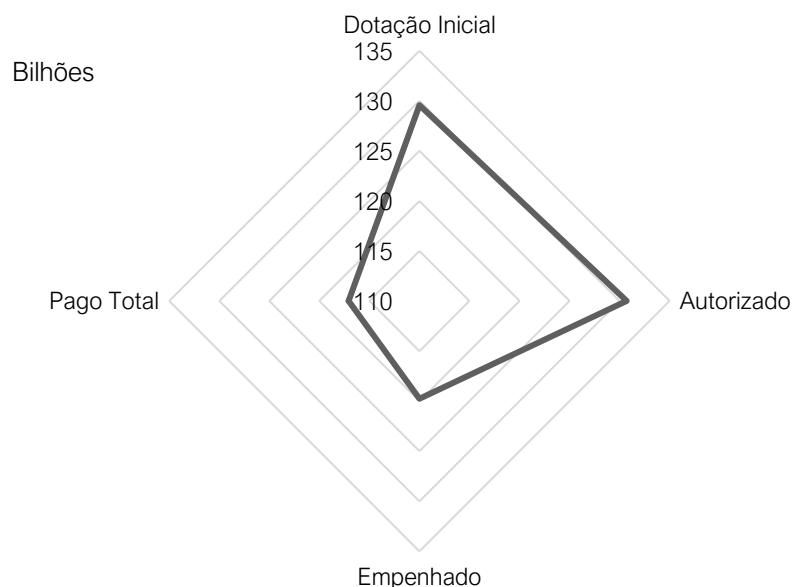
Apesar da maior parte do período analisado ter sido de aumento, estes resultados evidenciam que a progressividade, enquanto regra para as despesas em saúde, não é o fator determinante para a garantia do direito à saúde no Brasil. Um destaque em relação aos gastos totais efetivos em saúde no Brasil é uma queda de 11,5% dos investimentos do pré-crise de 2014 a 2017. Estes gastos que começam em queda em 2015 só se recuperam em 2018. Esta evidência aponta que no período de crise há uma queda nos investimentos públicos em saúde, ou seja, quando há uma tendência de maior demanda da população por serviços públicos, dado que a crise impacta no aumento do desemprego e redução da renda, portanto, afetando a renda da população para serviços privados de saúde.

Nestes dados cabe trazer alguns destaques relacionados à política e economia. No governo Lula é possível analisar que os recursos da saúde pagos foram expressivos e houve, no sentido destacado nesta dissertação, uma progressividade. No primeiro governo Dilma esta tendência continua. Cabe destacar que este resultado é fomentado no sentido político e econômico. No sentido econômico este período passou por um crescimento econômico contínuo – com exceção de 2009 – o que impactou no fornecimento de mais tributos e mais renda disponível que poderia ser aplicado para a garantia dos direitos humanos e que, em certo grau, foi utilizado.

Mas este cenário se reverte no segundo governo Dilma, na qual, o país passando por uma instabilidade política e com uma crise econômica acabou impactando na redução do orçamento para a saúde, cabe destacar que a escolha de política econômica baseada na ortodoxia econômica de redução de gastos em momentos de crise foi acionada, o resultado visível é que a política econômica não funcionou positivamente e impactou negativamente no orçamento da saúde.

No governo Temer e Bolsonaro, ambos orientados pela política de âmbito ortodoxo e com a aplicação da política de Teto de Gastos e com baixo dinamismo do crescimento econômico, influencia a baixa performance dos recursos da saúde pagos.

Gráfico 6. Comparativo entre dotação inicial, pago total, autorizado e empenhado 2013



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

No Gráfico 6 pode ser visualizado uma comparação entre a dotação inicial, autorizado, empenhado e pago total do ano de 2013. Neste Gráfico é possível captar

uma redução do orçamento para despesas da saúde desde a dotação inicial até o pago total, como pode ser observado, na dotação inicial o orçamento foi definido e quando este orçamento foi autorizado o resultado é praticamente o mesmo, porém, nos procedimentos posteriores para liberação do orçamento, ou seja, na fase de empenho, já é perceptível uma queda brusca no orçamento, essa tendência se revela no pagamento total do orçamento para a saúde que se concretizou menor do que o empenhado.

Diante desta constatação, a pesquisa busca avançar em dois sentidos: tratamento da dimensão econômico como o fator que está sobre determinando as despesas efetivadas em saúde e simulando a adoção de regra de progressividade se tivesse sido adotada no país em 2001, comparando-as com as despesas em saúde que foi efetivada durante o período 2001-2019. Estes pontos serão discutidos no próximo tópico.

4.2. Gasto público em saúde no Brasil: direito à saúde X dimensão econômica

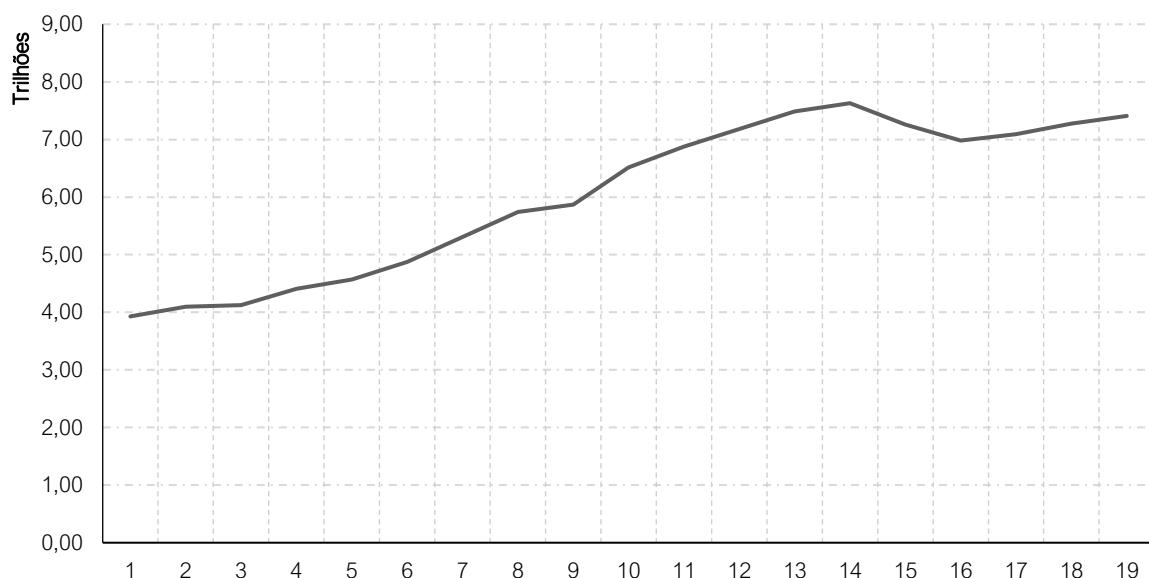
Como supracitado no tópico anterior, a hipótese que o Brasil não utiliza como parâmetro o princípio da progressividade na efetivação da política pública de direito à saúde no tocante às suas despesas foi confirmada. Mas além desta confirmação, esta dissertação busca avançar na demonstração da profundidade da situação das despesas em saúde no país e discutir a hipótese que o que está sobre determinando a efetivação das despesas é a dinâmica econômica, como a variação PIB.

Na Tabela 2 é possível visualizar os valores que serão trabalhados durante o presente tópico com objetivo de demonstrar a profundidade da situação das despesas em saúde no país, as variáveis são: PIB, variação do PIB, variação das despesas totais, variação da dotação inicial e a diferença entre o valor total que foi pago na saúde e o valor empenhado, assim, serão analisados os dois extremos do processo das despesas – da LOA aos gastos totais efetivados.

Tabela 2. PIB, Variação do PIB, das Despesas em Saúde e a Diferença do Dotado Inicial-Pago e Empenhado-Pago– 2001-2019.

Ano	PIB (por milhão)	Var. PIB	Var. Despesas	Var. Dotação Inicial	Diferença da Dotação Inicial – Pago Total (por milhão)	Diferença do Empenhado – Pago Total (por milhão)
2001	3.928.790,18	0	0	0	-4.393,21	-4.374,57
2002	4.099.077,03	4.334333	5.935144	0,967643	-1.147,47	94,73
2003	4.123.292,57	0,590756	-13.8285	-6,43844	-6.255,77	-4.793,07
2004	4.408.037,67	6,90577	18.86331	11,76303	-2.701,17	-2.415,81
2005	4.571.250,96	3,702629	3.386479	3,664679	-2.999,97	-2.576,06
2006	4.872.389,63	6,587664	4.994093	6,001693	-3.928,24	-4.089,06
2007	5.307.777,04	8.935809	9.123616	8.800926	-4.022,38	-4.136,50
2008	5.741.940,42	8.179759	3.565337	0,50129	-1.435,66	-4.462,85
2009	5.867.149,18	2.1806	7.24112	7,604894	-1.865,37	-7.866,36
2010	6.512.290,99	10.99583	9.775782	7,166088	466,94	36,60
2011	6.877.921,95	5,614475	4.497345	8,617261	-3.766,45	-5.138,76
2012	7.178.807,16	4.374653	7.05341	13,56384	-11.334,36	-3.114,87
2013	7.485.059,91	4.266067	0.889211	1,726151	-12.501,21	-2.685,45
2014	7.629.951,65	1.935746	5.835437	-0,10582	-5.532,35	-289,42
2015	7.260.898,06	-4.83691	-2.05644	5,52538	-15.232,29	-2.278,55
2016	6.982.150,59	-3.83902	-0.22078	-10,4175	-1.271,04	510,59
2017	7.089.926,69	1.543595	-9.44299	3,091682	-16.488,45	-16.956,17
2018	7.273.800,43	2.59345	14.23909	0,135984	-1.046,16	-256,72
2019	7.407.023,57	1.831548	0,157435	-2,92198	2.841,94	-525,13

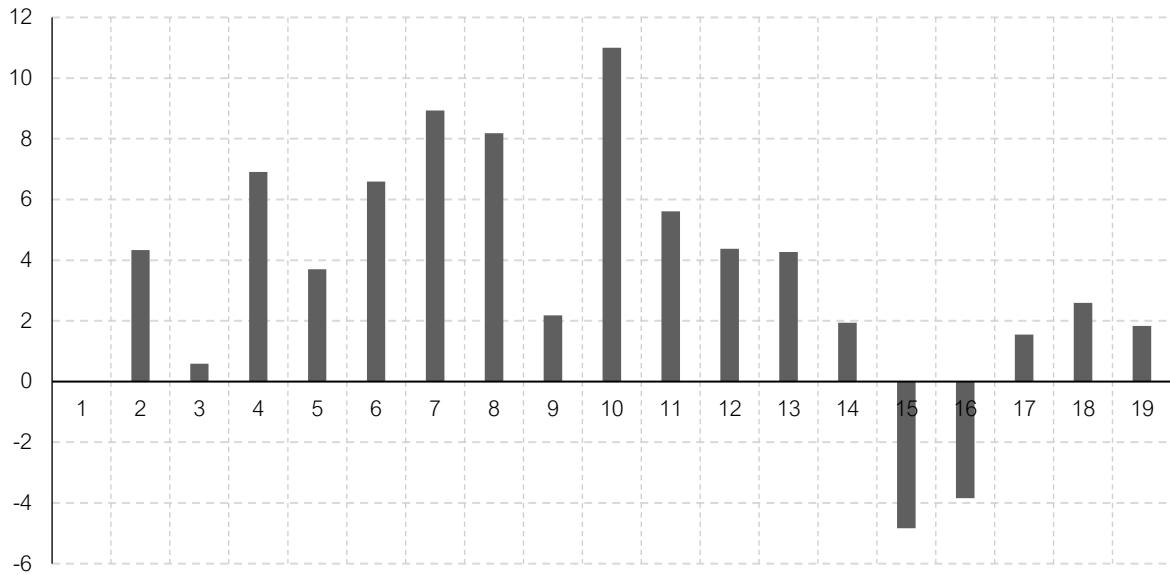
Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Gráfico 7. Produto Interno Bruto (PIB) – BRASIL - 2001-2019

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do Bacen.

No Gráfico 7 apresenta a dinâmica do PIB, em termos reais – deflacionado pelo IPCA a nível de preços de 2019 – entre o período 2001-2019. Há duas tendências visíveis, uma de crescimento do PIB de 2001-2014, após uma queda do PIB em 2015-2016, na qual, o nível do PIB não retornou ao nível de 2014 (pré-crise). Para a hipótese aqui desenvolvida é esta dinâmica que está influenciando nos gastos efetivos em saúde pública no Brasil.

Gráfico 8. Variação do Produto Interno Bruno (PIB) – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

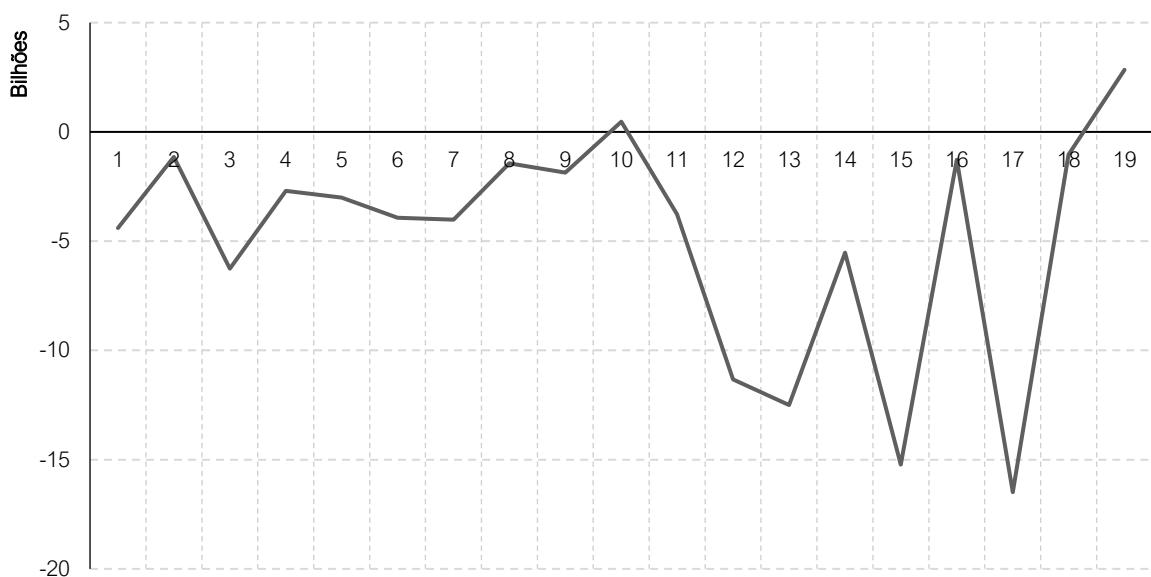
O Gráfico 8 apresenta as variações do PIB entre 2002-2019, na qual, os anos entre 2015-2016 foram de profunda crise e após esta crise o nível de crescimento econômico encontra-se uma tendência menor do que dos anos pré-crise (2002-2014), isso evidencia que há influências, como o Teto de Gastos, que podem estar impactando na baixa performance do crescimento econômico do país – política fiscal que foi criada com o discurso que geraria maior credibilidade e, por consequência, crescimento econômico. A hipótese aqui é que exatamente estas variações do PIB impactaram nas variações das despesas em saúde no país – que será discutida posteriormente.

Um resultado que é importante evidenciar pode ser visualizado no Gráfico 9, o qual, na maior parte do período analisado os valores pagos são menores que os valores efetivados, evidenciando que, além das despesas orçadas não estarem de acordo com o princípio de direitos humanos, os valores efetivados quase em nenhum supera os

valores da dotação inicial. O que indica que o sistema do país, de não ser impositivo em relação a LOA, está sendo utilizado como argumento para a sua não concretização.

Uma análise mais detalhada é possível visualizar que no governo Lula, em geral, os valores dotados inicialmente e pagos foram bem próximos. Porém, no Governo Dilma até o governo Bolsonaro há sucessivos erros na indicação da dotação inicial em sintonia com o que foi realmente efetivado, ou seja, pago. Estes erros de previsões ocorreram em momentos de mudanças profundas tanto na economia quanto nas políticas econômicas. Além disso, pela pouca responsabilidade que se teve com a busca de um efetivo orçamento e progressivo que visasse garantir o direito à saúde.

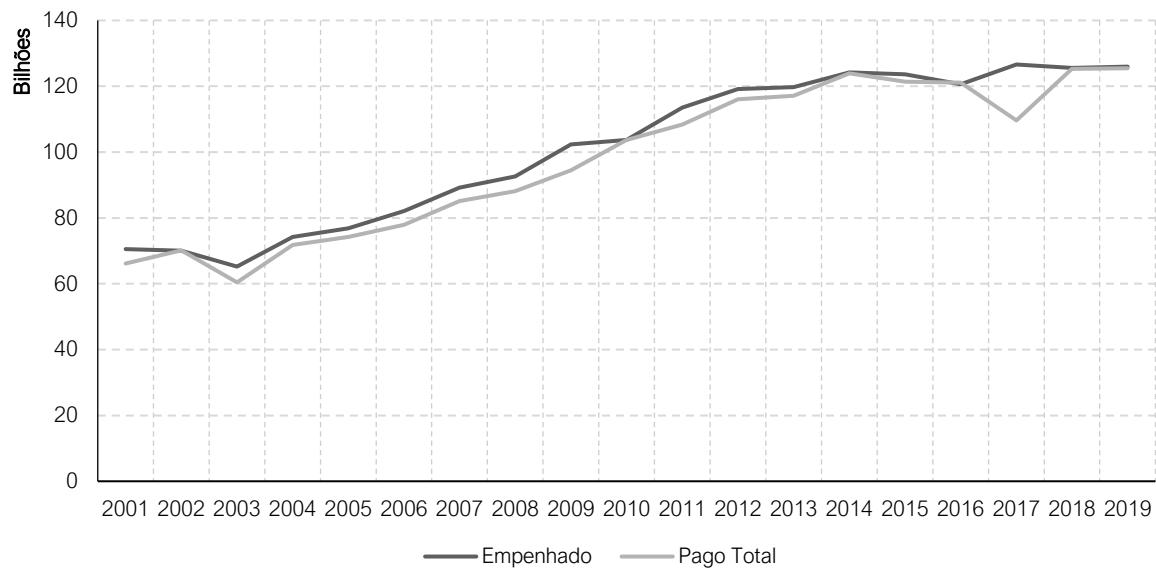
Gráfico 9. Recursos em Saúde da União - Diferença da Dotação Inicial e Pago Total – Brasil – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

No Gráfico 9 é possível visualizar a diferença entre os valores inicialmente orçados para a saúde com o valor efetivado, na qual, tirando os anos de 2010 e 2019, em todos os outros anos os valores efetivados foram menores que os orçados. Esta tendência se ampliou entre 2011-2017.

Uma análise mais detalhada, é perceptível que no governo Lula a diferença entre os valores orçados e efetivados não se encontram em grandes diferenças e instabilidade, mas, a partir do governo Dilma e sobretudo com a crise e seguindo pelo governo Temer e Bolsonaro estas instabilidades foram se fortificando e a não garantia do orçado foi se tornando regra.

Gráfico 10. Recursos em Saúde da União - Empenhado e Pago Total – Brasil - 2001-2019

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

O Gráfico 10 apresenta os valores empenhados e dos pagos totais dos gastos em saúde da União, o resultado indica que mesmo quando o orçamento já está na sua penúltima fase para efetivação das despesas, estas ainda não são totalmente efetivadas, posto que, como indica o Gráfico 10 os valores empenhados, na grande maior parte do período analisado, estão com os valores empenhados menores do que os valores pagos totais. Evidenciando que mesmo no momento mais avançado do processamento do orçamento, este, não está sendo efetivado na sua totalidade.

Gráfico 11. Recursos em Saúde da União - Diferença do Empenhado e Pago - Brasil– 2001-2019

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

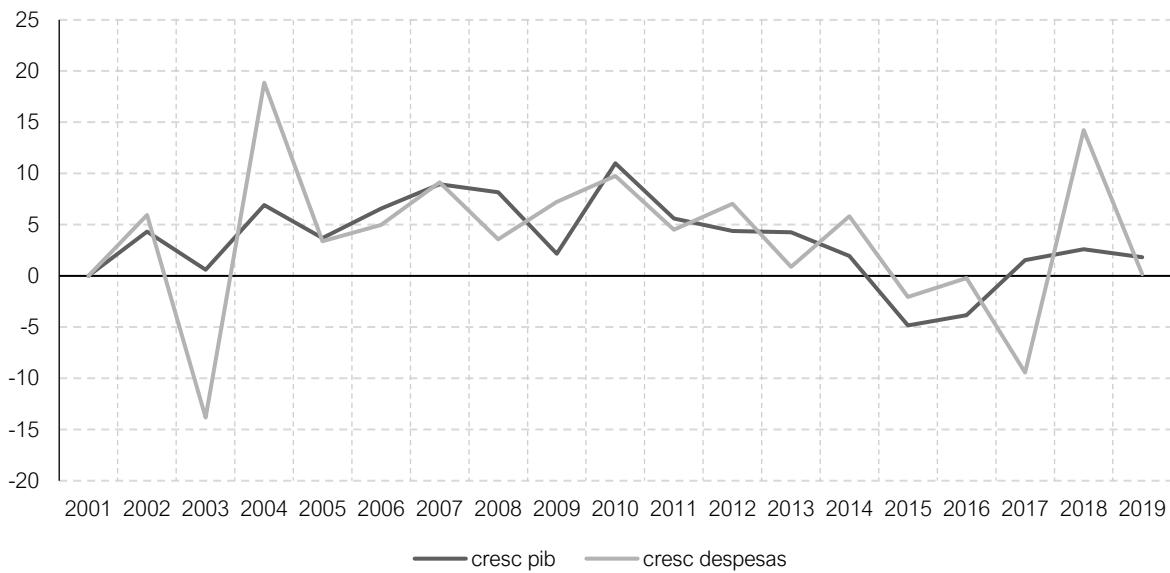
A diferença entre o empenhado e pago total em saúde pode ser visualizado no Gráfico 11, que mostra que em quase todos os anos analisados (2001-2019) há uma diferença entre os valores, na qual, os valores das despesas pagas totais não chegam ao patamar do empenhado. O destaque ocorre principalmente para o período 2005-2009, 2011-2012 e 2017.

Gráfico 12. Variação das Despesas da União em Saúde - Brasil– 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Gráfico 13. Variação das Despesas da União em Saúde e Variação do PIB – Brasil - 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

O Gráfico 12 apresenta a variação das despesas em saúde pública da União no Brasil entre 2001-2019, na qual, pode-se visualizar que o nível de crescimento não ocorre de forma uniforme, as variações indicam que a dinâmica dos gastos em saúde pública no país é em formato de W. Revezando períodos que crescem a uma taxa maior e, em outros, que mesmo crescendo segue uma taxa de crescimento menor.

No Gráfico 13, que descreve a variação das despesas em saúde da União e do PIB, indica que a variação do PIB e das despesas em saúde seguem tendência de variações aproximadas, evidenciando, em primeira instância, que a dinâmica da economia que está sob determinando a dinâmica dos gastos públicos em saúde.

Gráfico 14. Comparativo entre crescimento do PIB, da dotação inicial e despesas de 2013



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

O Gráfico 14 mostra o comparativo entre o crescimento do PIB, da dotação inicial e das despesas efetivas do orçamento da saúde do governo federal no ano de 2013. Cabe destacar que este Gráfico mostra que o crescimento do PIB foi superior do que o crescimento da dotação inicial do orçamento para a saúde e quando se observa o crescimento das despesas há um crescimento de menor magnitude quando comparado ao crescimento do PIB e a dotação inicial. Este resultado revela que mesmo em períodos de elevado crescimento do PIB o orçamento para a saúde pode ter um resultado baixo, revelando que a produção interna do país não satisfaz uma possível melhora efetiva no orçamento da saúde no Brasil.

Para aprofundar na análise foi feito o cálculo de correlação entre o PIB e as despesas totais efetivas em saúde, essa também confirma a hipótese da sobredeterminação da economia nas despesas em saúde e não a regra de progressividade, como já descartada anteriormente.

O valor da correlação foi de 0,984, ou seja, dos valores que são parâmetros da correlação (-1 a 1) é extremamente elevado, a correlação além de elevada é positiva, o que indica que a tendência das despesas em saúde está positivamente correlacionada com o PIB, ou seja, as tendências vão no mesmo sentido, assim, em momento de crescimento econômico a tendência é de aumentar as despesas em saúde, mas, ao contrário, em momentos de crise econômica, a tendência é reduzir os gastos em saúde, prejudicando a possibilidade de um investimento progressivo na garantia do direito à saúde pública no país.

Depois da confirmação das duas hipóteses, é relevante avançar em outra hipótese para finalizar a pesquisa, neste caso, se em 2001 o Brasil tivesse adotado o princípio da progressividade para as despesas em saúde, como estaria a situação das despesas durante o período 2001-2019? É neste ponto que será tratado no próximo tópico.

4.3. Simulações da Hipótese da Progressividade

Com as duas hipóteses confirmadas, ou seja, que o princípio da progressividade não está sendo aplicado nos gastos em saúde no país (da dotação inicial ao pagamento total) e a dinâmica econômica que está sobre determinando a dinâmica das despesas efetivas em saúde no Brasil. O objetivo neste tópico é fazer simulações a partir do princípio da progressividade.

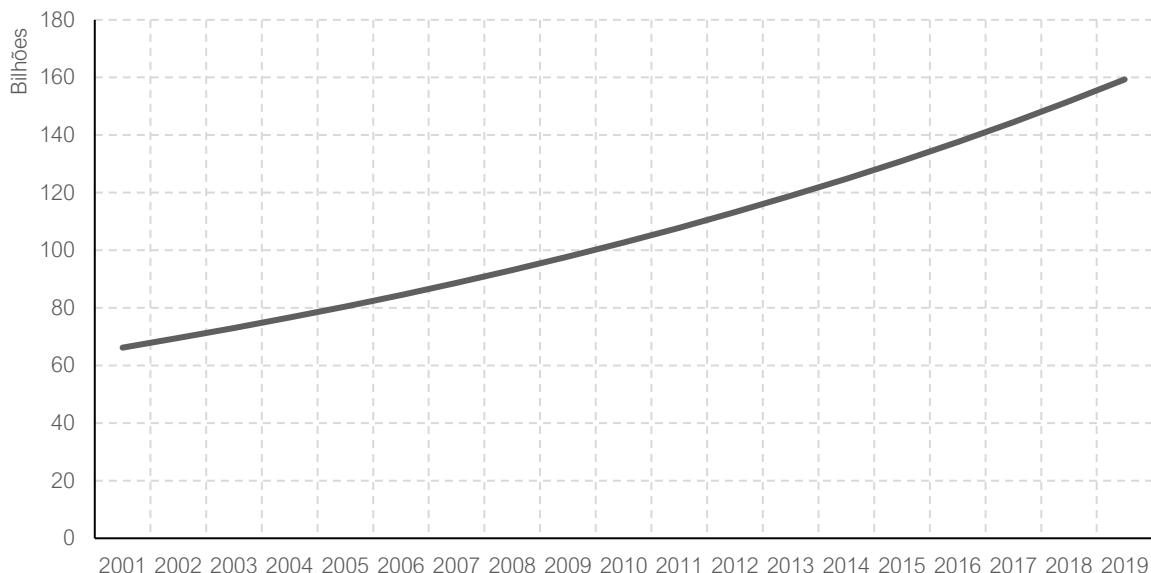
A Tabela 3 apresenta o resultado da projeção, caso a hipótese de progressividade fosse adotada no Brasil ao nível de 5%, pouco acima da média do crescimento das despesas efetiva de 3,9%. Além disso, a Tabela 3 mostra as diferenças do caso real das despesas em saúde no Brasil com a simulação de 5%. Estes podem ser visualizados nos Gráficos 13 e 14.

Tabela 3. Projeção dos Investimentos em Saúde da União no Brasil se fosse aplicado 5% x Pago Total Efetivo e diferença da projeção x pago – 2001-2019

Ano	Projeção	Diferença projeção e pago
2001	66.195.134.046,00	-0,26
2002	69.504.890.748,30	-619.019.816,52
2003	72.980.135.285,72	12.553.285.794,45
2004	76.629.142.050,00	4.803.786.761,34
2005	80.460.599.152,50	6.202.893.086,43
2006	84.483.629.110,13	6.517.424.278,46
2007	88.707.810.565,63	3.628.268.869,26
2008	93.143.201.093,91	5.030.286.713,75
2009	97.800.361.148,61	3.307.084.615,42
2010	102.690.379.206,04	-1.040.354.267,81
2011	107.824.898.166,34	-570.964.639,72
2012	113.216.143.074,66	-2.825.323.920,85
2013	118.876.950.228,39	1.803.630.066,95
2014	124.820.797.739,81	915.737.668,09
2015	131.061.837.626,80	9.704.811.655,71
2016	137.614.929.508,14	16.525.836.521,56
2017	144.495.675.983,55	34.841.014.543,11
2018	151.720.459.782,73	26.451.973.829,77
2019	159.306.482.771,86	33.840.780.543,47

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Gráfico 15. Projeção com a regra de 5%

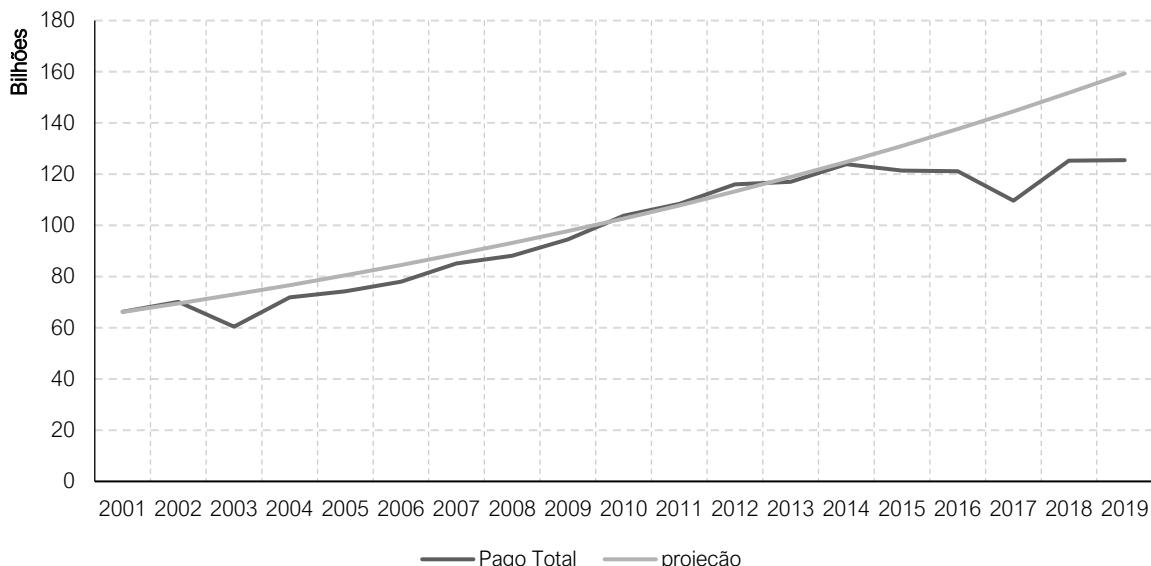


Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

Antes de realizar uma análise comparativa entre uma regra de progressividade e o efetivo, cabe destacar inicialmente apenas a projeção. Como mostra o Gráfico 15 a projeção revela que se tivesse uma regra de progressividade que levasse em consideração apenas o orçamento da saúde do ano anterior – a exemplo de uma regra

de 5% de progressividade – o resultado seria uniforme e teria um crescimento das despesas. Esse resultado não levaria em consideração os impactos dos ciclos econômicos, ou seja, em momentos de crise o Estado precisaria manter esse crescimento das despesas em saúde.

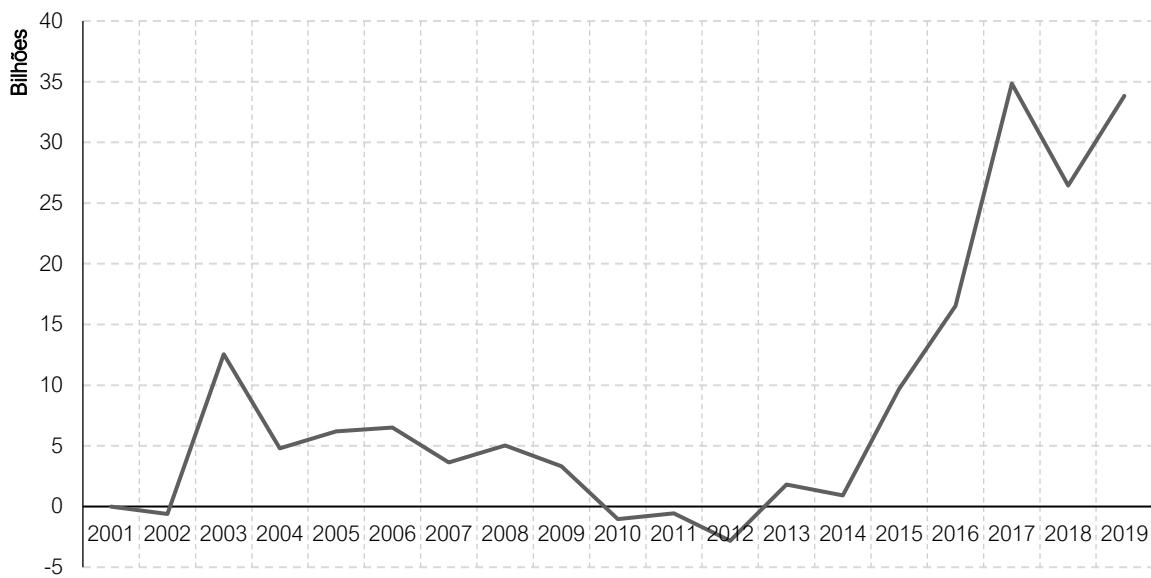
Gráfico 16. Projeção dos Investimentos em Saúde da União no Brasil se fosse aplicado 5% x Pago Total Efetivo – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

O Gráfico 16 apresenta a projeção das despesas em saúde efetivadas e a simulação se tivesse sido adotado a regra de progressividade de 5% para as despesas em saúde no Brasil no período 2001-2019. Como pode ser visualizado no Gráfico, até 2014 a tendência e os valores são próximos, mas com a crise econômica de 2015-2016 e com a adoção do Teto de Gastos os valores mudam, mas, pela regra de progressividade os gastos continuaram avançando para a garantia do direito à saúde, mesmo na crise. Isso indica que o parâmetro PIB não é um problema antes do Teto de Gastos e em momentos que não tem crise econômica, mas esta dependência com o PIB está gerando problemas em períodos de crise e após o Teto de Gastos, na qual, mesmo com crescimento econômico entre 2017-2019, efetivamente não se traduziu positivamente para os investimentos em saúde no Brasil.

Gráfico 17. Diferença da Projeção dos Investimentos em Saúde da União no Brasil se fosse aplicado 5% x Pago Total Efetivo – 2001-2019



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SIGA.

O Gráfico 17 apresenta a diferença das despesas reais em saúde no Brasil com os valores simulados a 5%. Entre 2001-2014 às diferenças não são tão elevadas, mas a partir de 2015 há grandes diferenças, como em 2019 que há uma diferença de quase 34 bilhões - 27% a menos do que o investido em 2018 - que poderia ter sido investido na saúde pública no Brasil e que não foi investido efetivamente motivado pela crise econômica, regras fiscais e pela não inclusão da progressividade como regra de financiamento do direito à saúde no Brasil. Isso evidencia que o PIB em momentos de crises econômicas e o Teto de Gastos não deveriam ser utilizados como parâmetros para a efetivação das despesas em saúde no Brasil.

Além disso, um destaque importante que pode ser feito com a análise destes dados desta simulação é que no governo Lula e Dilma houve uma maior sintonia do orçamento pago da saúde com o valor simulado em 5%, mostrando que estes governos tiveram maior responsabilidade com a garantia progressiva do orçamento efetivado da saúde, mesmo este – progressividade de 5% - não tenha sido uma regra que foi parâmetro para a política. No segundo governo Dilma, Temer e início do governo Bolsonaro, as discrepâncias são extremas, na qual, no momento de crises e oras de baixo crescimento econômico e com adoção da política fiscal denominada de Teto de Gastos e os governos seguiram à risca a política fiscal ortodoxa resultou em uma grande diferença no resultado simulado.

5. Conclusões

O objetivo deste estudo foi analisar os gastos públicos em saúde no Brasil e testar três hipóteses: a não adesão ao princípio da progressividade no orçamento da saúde, a influência determinante da economia sobre os gastos e o impacto negativo das crises e do Teto de Gastos nas despesas efetivadas. As três hipóteses foram confirmadas. A dinâmica das despesas em saúde no Brasil apresentou quedas durante o período analisado, portanto, não apresentou progressividade nos investimentos em todos os períodos. O princípio da progressividade não foi aplicado nem na LOA, na qual, teve anos que a dotação inicial já foi orçada menor do que no ano anterior. Além disso, mesmo no penúltimo processo do orçamento - o empenho -, este não representou pagamento efetivo à saúde.

Especialmente a hipótese de que a dinâmica econômica - representada pelo PIB - está sob determinando as despesas em saúde também foram confirmadas, como aponta a elevada correlação positiva entre o PIB e as despesas em saúde. Entretanto, o PIB pode representar um bom parâmetro para a despesa em saúde nos momentos de crescimento econômico e sem o Teto de Gastos, mas em crises este representa um desfinanciamento para a saúde, não respeitando, o princípio da progressividade e não retrocesso social.

Portanto, em momento de recessão econômica, que impacta fortemente nos investimentos em saúde, o Estado do Brasil pode utilizar gatilhos (p. ex. não deixar cair as despesas em termos reais e/ou continuar aumentando as despesas) para a continuidade dos investimentos progressivos em saúde, porque nos momentos de crise econômica a população encontra-se com maior vulnerabilidade com os problemas de desemprego e perda de renda, portanto, os gastos em saúde devem ser maiores pela possibilidade da maior demanda pelos serviços públicos de saúde, mas, também para garantir a progressividade do direito à saúde, direito reconhecido pela DUDH e PIDESC que o Brasil é signatário, inclusive pela CF 88.

Referências

BRASIL, Ministério da saúde. **Sistema Único de Saúde:** estrutura, princípios e como funciona. 2020. Disponível em: <https://tecnoblog.net/366011/como-citar-ministerio-da-saude-nas-normas-abnt/>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-188-322142-publicacao-original-1-pl.html>, acesso em: 29/05/2021.

INESC. **As implicações do sistema tributário nas desigualdades de renda**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/as-implicacoes-dosistema-tributario-nas-desigualdades-de-renda/publicacao/>.

INESC. **Metodologia**: orçamento e direitos: referenciais políticos e teóricos Instituto de Estudos Socioeconômicos. – Brasília, DF: INESC, 2017.

MARQUE, Rosa Maria; MENDES, Áquinas. **A problemática do financiamento da saúde pública brasileira**: de 1985 a 2008. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/ecos/a/bqHNFgxm8Qj7mstC7CtWcyp/?lang=pt&format=pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Financiamento da Saúde – Novos Desafios**. Legislação de Saúde, 2007. Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/financiamentosaude_miolo.pdf.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

PIDESC. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Assembleia das Nações Unidas, 1966. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, 1992. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; ARANTES, Flávio. Economia Política da Austeridade. In DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de; ROSSI, Pedro (Coord.). **Economia para Poucos – Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

SIGA BRASIL. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. IPEA, 2016. Disponível em:
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf.