



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO
DISCIPLINA: DIREITO TRIBUTÁRIO I
2018.1



**O INVESTIMENTO DO BRASIL NA SAÚDE PÚBLICA EM COMPARAÇÃO COM
VALORES PAGOS AOS INVESTIDORES A TÍTULO DE JUROS DA DÍVIDA
PÚBLICA: Análise das peças orçamentárias da União de 2003 a 2015¹.**

Juliana Aparecida Brito dos Santos²

Marina Pacheco Batista³

Mylena de Aguiar Melo⁴

Coordenador do artigo: Prof. Dr. Edival Braga⁵

RESUMO: O presente artigo científico abordará o investimento em saúde pelo poder público, tendo como delimitação temporal o período de 2003 a 2015. Desse modo, será realizada uma comparação entre referidos investimentos e os valores gastos para pagar os juros da dívida pública, justamente com a finalidade de visualizar, mediante representação gráfica, o quanto a garantia do direito à saúde é prioridade do poder público para a sociedade – um direito constitucionalmente reconhecido e diretamente ligado ao direito à vida, portanto fundamental ao ser humano. Além disso, será exposta a incidência da polêmica DRU (Desvinculação das Receitas da União) no investimento em saúde, bem como a criação do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, inovação trazida pela Constituição Federal de 1988, que mudou o cenário desse serviço no país.

¹ O artigo passou por uma revisão gramatical realizada pelo ChatGPT em 2025, revisão somente gramatical, de modo que foi mantida a originalidade do conteúdo do artigo.

² Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Roraima. jhuu.juliana@gmail.com

³ Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Roraima. marinapbatista@gmail.com

⁴ Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Roraima. mylenaaguiar08@hotmail.com

⁵ Professor de Direito Tributário da Universidade Federal de Roraima - UFRR

Palavras-chave:. Saúde. Direito à Saúde. Investimento. Constituição Federal. Orçamento.

ABSTRACT: The present scientific article will discuss an analysis of the investment in health by the public power, having as temporal delimitation, the period from 2003 to 2015. Thus, a comparison will be made between said investments and the amounts spent to pay the interest of the public debt, precisely with the purpose of visualizing, through graphic representation, the priority of the public power to guarantee the right to health of society, a constitutionally recognized right that is directly related to the right to life, which is fundamental to the human being. DRU controversy (Unbundling of Union Revenues) in health investment. In addition, the creation of the Unified Health System and its guidelines, innovation brought by the Federal Constitution of 1988, which changed the scenario of this service in the country, will be treated.

Keywords: Health. Right to Health. Investment. Federal Constitution. Budget.

SUMÁRIO: 1.INTRODUÇÃO; 2.DO DIREITO À SAÚDE; 3.PERÍODOS ANÁLISADOS FRENTE À GESTÃO FEDERAL DO PARTIDO DOS TRABALHADORES (PT); 4. DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO – DRU; 5.ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL; 6. CONCLUSÃO; 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS e ANEXO

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado da pesquisa acadêmica realizada para cumprir o requisito de obtenção de nota semestral da disciplina de Direito Tributário I, do Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal de Roraima, sob a orientação do Professor José Edival Vale Braga.

O tema deste artigo científico tratará do investimento na saúde pelo poder público. A delimitação temática será o comparativo entre o investimento do Brasil na saúde pública e os valores pagos aos investidores a título de juros da dívida pública no período de 2003 a 2015.

Nesse sentido o referido artigo objetiva destacar o quanto é investido pelo governo no ramo da saúde, mediante análise de gráficos que representam reais valores dos anos de 2003 a

2015, porém não se limitando a expor o *quantum*, mas também compará-lo com o gasto que o poder público efetua para pagar os juros da dívida pública naquele mesmo período. A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social fundamental, tal direito será explanado ao decorrer do artigo.

Como justificativa, ressaltamos que o artigo busca destacar os valores reais gastos pelo poder público em saúde. Para verificarmos tal ponto, torna-se fundamental observar os valores mínimos obrigatórios estabelecidos aos municípios, estados, Distrito Federal e União pela Constituição Federal de 1988 e a influência das políticas de governo adotadas em cada mandato presidencial.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, será adotada a metodologia de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica. Diante disso, a problemática do presente artigo será: o poder público gasta mais com investimento na saúde ou com o pagamento de juros da dívida pública?

Com a pretensão de responder à referida problemática, almeja-se apresentar o direito à saúde na Constituição de 1988, os fundamentos do Sistema Único de Saúde e a previsão constitucional do percentual mínimo obrigatório de investimento em saúde fixado aos três entes federativos. Após tais pontos, será realizada a análise dos investimentos em saúde de 2003 a 2015, separados por blocos de quatro anos, tendo como referência os mandatos presidenciais do governo PT; em seguida, serão tratados os efeitos da Desvinculação das Receitas da União e, por fim, será feita uma abordagem de direito comparado entre o Brasil, a Austrália e o Reino Unido.

2. DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde encontra-se previsto como um dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de um direito público subjetivo inerente à vida humana, sendo fixado como um dever do Estado e um direito de toda a sociedade, conforme dispõe a Constituição Federal:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL,CF,1988)

Esse reconhecimento também é consolidado lei 8.080/90, em seu artigo 2º:

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nota-se, portanto a relevância de tal direito no ordenamento jurídico brasileiro, além disso estipula-se como principal responsável pela sua promoção, o Estado. Nesse sentido, a Constituição Federal não foi omissa em definir a forma que seria garantindo esse direito pelo poder público, desse modo em seu art. 198 atribuiu ao Sistema Único de Saúde a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil da seguinte maneira:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.[...]” (BRASIL,CF,1988).

A Constituição Federal de 1988 não se limitou a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, indicou, ainda, como seria atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria perseguir, conferindo o esboço do que seria o Sistema Único de Saúde. Mesmo com a previsão constitucional, os procedimentos para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as atribuições específicas dos órgãos, só puderam ser concretizadas a partir da elaboração das Leis específicas da Saúde.

2.1 A organização do SUS e seus programas

O SUS após ser constituído pela Constituição Federal de 1988, teve sua regulamentação por meio da lei nº 8.080/90. A referida lei o define em seu art. 4º como:

“Art.4º O Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público., § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.”

Aduz-se, portanto, que o SUS tem o objetivo de oferecer a todo brasileiro acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. Em razão disso, a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. Enquanto isso, o papel da iniciativa privada em relação ao SUS deverá se dar de modo suplementar.

Além disso, a citada Lei Orgânica prevê diversos princípios que irão reger o SUS no seu artigo 7º, sendo estes os principais:

- Princípio da Universalização: Estabelece que os serviços devem ser garantido a todos, independentemente de sua condição.
- Princípio da Equidade: Com a finalidade de reduzir as desigualdades, os investimentos devem ser mais onde a carência é maior.
- Princípio da Integralidade: Define a necessidade de se articular a saúde com diversas políticas públicas, assegurando assim uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.
- Princípio da Regionalização e Hierarquização: A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- Princípio da Descentralização e Comando Único: Define que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
- Princípio da Participação Popular: Tal princípio fixa a integração da sociedade ao processo de contribuição para fiscalizar o funcionamento do SUS, por meio de Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os programas no âmbito da saúde visam alcançar as diversas áreas da saúde, são os seguinte conforme tabela abaixo disponível no site oficial do Ministério da Saúde:

	Força Nacional do	UPA 24h – Unidade
Academia da Saúde	Sistema Único de Saúde	de Pronto Atendimento

Banco de Leite Humano	HumanizaSUS	Vacinação
Brasil Sorridente	Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar	Saúde da Família
Cartão Nacional de Saúde	Programa Pesquisa Para o SUS – PPSUS	Pronon e Pronas
CEBAS	Programa de Fitoterápico e Plantas Medicinais	Farmácia Popular
Controle do Tabagismo	Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC	ProadiSUS
De Volta pra Casa	QualiSUS–Rede	Programa Nacional da Triagem Neonatal
Doação e Transplante de Órgãos	Rede Cegonha	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB)
Doação de Sangue	SAMU 192	digiSUS

2.2 A previsão do percentual mínimo de gastos na saúde

A Constituição Federal estatui à União, ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios a obrigação de destinarem um valor mínimo dos seus recursos à saúde. Os montantes considerados para a definição do investimento mínimo de cada ente da Federação são compostos por: (i) recursos orçamentários; (ii) parte dos recursos destinados ao financiamento da seguridade social, expostos no art. 195 da CF/1988.

Os entes federativos aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde percentuais mínimos, os quais são regulados por meio da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que fixou um percentual para cada ente, vindo apenas a detalhar o art. 198 da CF.

Em relação à União, no art. 198 da CF, § 2º, I, é definido que o percentual não deve ser inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, e a LC 141 elucida que:

“Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o **montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior**, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. [...]”

“[...]§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.[...]” (BRASIL, LC 141, 2012)

No que se refere aos Estados e o Distrito Federal, o valor é de 12%, conforme a LC 141:

“Art. 6º **Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.” (BRASIL, LC 141, 2012)

Quanto aos municípios o percentual fixado é de 15%, assim dispõe:

Art. 7º **Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.” (BRASIL, LC 141, 2012)

A Lei Complementar 141/2012 possibilitou maior controle sobre as ações do poder público em relação a atenção a saúde, uma vez que delimita um investimento obrigatório,

priorizando o direito à saúde, no qual enfrenta diversos problemas, muitas vezes sendo precário a sua garantia à sociedade. O percentual mínimo em relação a União foi alterado

A Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, em seu art. 2º, estabelece:

“Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:”

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro.”

Desse modo, o percentual fixado na lei complementar 141/2012 a União foi alterado, tendo um valor fixo, não levando em conta mais a variação do PIB e o valor empenhado no ano anterior.

2.4 A Emenda Constitucional 95/2016 e o teto de gastos na saúde

A EC 95, consolidada por meio da PEC 241 ou PEC 55, inova ao estabelecer um novo regime fiscal, instituindo uma regra para as despesas primárias do Governo Federal com duração de 20 anos e possibilidade de revisão – restrita ao índice de correção – em 10 anos.

Nesse sentido, o gasto primário do governo federal fica limitado por um teto definido pelo montante gasto do ano anterior, reajustado pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Na prática, esse regime provoca um congelamento real das despesas do Governo Federal, que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes (devido ao crescimento da população ao longo dos anos, portanto os gastos públicos não serão reajustados conforme o crescimento da renda e da população).

Ademais não foram excluídos do teto, no Brasil, os percentuais obrigatórios de gastos com a saúde, já anteriormente citado neste artigo.

3. PERÍODOS ANÁLISADOS FRENTE À GESTÃO FEDERAL DO PARTIDO DOS TRABALHADORES (PT)

Optou-se, no presente estudo de caso, pela delimitação temporal atinente à gestão federal do Partido dos Trabalhadores (PT) e, prezando-se pela pertinência lógica, as análises serão divididas pelos mandatos exercidos, a saber: 2003-2006 (Luiz Inácio Lula da Silva), 2007-2010 (Luiz Inácio Lula da Silva) e 2011-2015 (Dilma Rousseff), respectivamente.

Nessa órbita, depreende-se que os problemas de acesso e qualidade relacionados ao Sistema Público de Saúde têm raízes históricas. No entanto, sob a perspectiva financeira, destaca-se um tímido crescimento em relação aos investimentos nessa área; todavia, tais dados, levando-se em consideração as peculiaridades regionais, bem como o crescimento populacional, tornam-se de pequeno vulto, consoante será demonstrado nos tópicos a seguir.

Assim, antes de partir para uma análise detalhada do mapa orçamentário utilizado nestes períodos, atenta-se quanto à pertinência de tecer breves considerações quanto à política financeira adotada no país.

Seguindo a linha doutrinária do jurista Harrison Leite, o orçamento público é dotado de inúmeros aspectos, dentre eles, um dos mais importantes é caráter político, nesse sentido:

“(...) é notório o seu aspecto político porque a sua elaboração reflete a execução do programa político-partidário ou os anseios do governo que está no poder. É saber, os partidos políticos possuem ideologia, metas, objetivos e planos que os distinguem dos demais, de modo que, ao assumirem o poder, logo se preocupam em executar e tornar realidade o que prometeram e se responsabilizaram. Nesse ponto, o orçamento é o instrumento de manifestação desses ideais e planos, dotado, por isso, de nítida característica política.⁶”

Perfilhando esse entendimento, observa-se que o aspecto político envolvido na elaboração do orçamento influencia diretamente nos resultados alcançados por este ao final de cada exercício financeiro, bem como pode ser visto como um forte instrumento de intervenção estatal.

⁶ Leite, Harrlson. Manual de Direito Financeiro I Harrison leite - 5. ed. rev. ampl. e atual - Salvador: JusPODVM, 2016. P. 70. 528 p.

Para além do aspecto econômico, o orçamento financeiro de cada ano contribui para a formação da política macroeconômica, que traz em seu bojo diretrizes pautadas na eficiência da política fiscal, na medida em que é o resultado da soma de diversos parâmetros econômicos de peso envolvidos na trajetória de crescimento e rigidez orçamentária do Governo Federal.

3.1 Investimento na saúde de 2003-2006

Segundo pesquisa realizada pelo IBOPE, durante a gestão do ex-presidente Lula, 49% dos brasileiros apontaram a saúde como um dos principais problemas do país.

O plano orçamentário com despesas relacionadas à saúde pública, com gastos direcionados ao Ministério da Saúde para investimentos na área, em valores atualizados pelo IPCA, pode ser ilustrado da seguinte forma⁷:

Impende destacar que, conforme se vislumbra do gráfico acima, a previsão orçamentária a ser desenvolvida no ano de exercício corresponde a um valor muito maior do que foi realmente gasto, mesmo incluindo o valor pago somado aos restos a pagar referentes aos outros anos.

O valor autorizado inclui a previsão da despesa fixada no âmbito da Lei Orçamentária mais as alterações promovidas no decorrer de cada ano. O valor pago corresponde às despesas executadas e pagas naquele mesmo ano.

No que tange aos valores correspondentes aos restos a pagar, depreende-se da leitura do art. 36 da Lei 4.320/64 o seguinte conceito:

Art. 36. Consideram-se Restos a Pagar as despesas empenhadas mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas.
Parágrafo único. Os empenhos que sorvem a conta de créditos com vigência plurienal, que não tenham sido liquidados, só serão computados como Restos a Pagar no último ano de vigência do crédito.

Neste íterim, não é difícil atentar-se quanto à má execução no setor público de saúde, visto que, além de ser previsto um valor abaixo do necessário para garantir um sistema de saúde eficaz, esses valores não são utilizados completamente.

Tal fato implica diretamente na precariedade do sistema público de saúde, uma vez que os reflexos da falta de investimentos são sentidos pela população no momento em que cada um mais precisa. No gráfico abaixo (Anexo A) observa-se o período de 2003- 2006.

⁷ Dados acessados na plataforma SIGA BRASIL disponível em: <http://www9.senado.leg.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Senado%2FSigaBrasilPainelEspecialista.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true>

3.1.1 Comparativo com os valores pagos a Título de Juros da Dívida Pública 2003 - 2006

De acordo com o Planejamento, Desenvolvimento e Gestão a dívida pública pode ser conceituada como uma “dívida contraída pelo governo com entidades financeiras ou pessoas da sociedade para financiar parte de seus gastos que não são cobertos com a arrecadação de impostos ou alcançar alguns objetivos de gestão econômica”

Por conseguinte, como se não bastasse os índices pífios de investimentos já não serem por si só latentes, comparando-os aos recursos destinados ao pagamento de juros da dívida pública vê-se que estes se sobrepõem de maneira inigualável àqueles, veja-se no gráfico (anexo B).

Desse modo, do ponto de vista estrutural/financeiro, comparando os investimentos na saúde e os recursos utilizados para pagamento dos juros da dívida pública, vê-se a participação notável do Governo Federal quanto à destinação de valores para o pagamento da dívida pública.

3.2 Investimento na saúde de 2007- 2010

A análise passará agora para o período de 2007 até o ano de 2010, correspondente ao segundo mandato consecutivo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva.

O ano de 2007 previu um aumento no valor autorizado para investimento na saúde pelo Governo Federal em relação ao ano anterior (2006). O valor autorizado foi de R\$ 8.874.385.646 (inclui a despesa fixada na Lei Orçamentária mais as alterações promovidas no decorrer do ano), enquanto o valor pago (que ocorre na fase final de execução) foi de R\$ 385.919.586, e o valor pago mais os restos a pagar referentes às despesas empenhadas em exercícios anteriores chegou a R\$ 2.720.354.940.

Em 2008 os valores investidos na saúde foram de: valor autorizado R\$ 7.039.053.611 (inclui a despesa fixada na Lei Orçamentária mais as alterações promovidas no decorrer do ano), enquanto o valor pago (que ocorre na fase final de execução) foi no valor de R\$ 482.299.094, e o valor pago mais os restos a pagar referentes às despesas empenhadas em exercícios anteriores chegou ao valor de R\$ 2.276.645.499.

No 2009 tais valores para investimento na saúde foram de: valor autorizado R\$ 7.271.332.737 (inclui a despesa fixada na Lei Orçamentária mais as alterações promovidas no decorrer do ano), enquanto o valor pago (que ocorre na fase final de execução) foi no valor de R\$

589.746.443, e o valor pago mais os restos a pagar referentes às despesas empenhadas em exercícios anteriores foi de R\$ 2.806.631.638.

No último ano do período aqui analisado (2010) o Governo Federal previu e efetivamente investiu os seguintes valores: R\$ 7.497.403.182 (este valor inclui a despesa fixada na Lei Orçamentária mais as alterações promovidas no decorrer do ano), o valor pago efetivamente ao final da execução foi na quantia de R\$ 1.061.677.180 e, o valor pago somado aos restos a pagar que inclui despesas empenhadas dos exercícios anteriores foi de R\$ 1.061.677.180.

O gráfico abaixo (Anexo C) permite uma melhor visualização da comparação dos valores previstos inicialmente e os efetivamente gastos/investidos no decorrer desse mandato. Ficando clara a discrepância entre os valores desde o valor autorizado bem como do valor efetivamente pago, e deste junto aos restos a pagar.

Houve um aumento com os valores gastos com saúde ao longo do mandato aqui analisado, de certa forma, muito singela, houve um aumento desses gastos, podendo expressar uma preocupação do governo federal com essa área.

3.2.1 Comparativo com os valores pagos a Título de Juros da Dívida Pública 2007-2010

Como já observado, o objeto de estudo do presente artigo é uma comparação entre os valores pagos com investimentos em saúde pública e os valores pagos a título de juros da dívida pública, ambos por parte do Governo Federal.

Visto isso, no segundo gráfico (Anexo D) é possível observar tal comparação, mais uma vez para que fique de forma mais clara a discrepância entre o que é dado como prioridade pelo governo e como é utilizado o dinheiro público.

Nas colunas da esquerda estão os valores investidos em Saúde nos anos de 2007 a 2010 corrigidos pelo IPCA e na segunda coluna estão os valores pagos com a finalidade de pagar a dívida pública.

Muito maior que os valores pagos ao fim de cada exercício financeiro, foram as quantias utilizadas para pagamento dos títulos de juros da dívida pública, com diferença de

valores em mais de 250 bilhões de reais em cada ano. No gráfico é até de difícil visualização os valores relativos à saúde, pois as colunas ficaram muito rentes à base do gráfico.

Apresentando em números no ano de 2007 para a saúde foi destinado R\$ 2.720.354.940 enquanto que no mesmo ano para a dívida pública foi pago R\$ 292.000.000.000. Em 2008 foram R\$ 2.720.645.499 para a saúde e para a dívida pública R\$ 269.000.000.000. No ano de 2009 foi investido em saúde R\$ 2.806.631.638 em contrapartida para a dívida pública R\$ 259.000.000.000. Por fim, no último ano da gestão aqui analisada (2010) foram investidos em saúde pelo governo federal R\$ 3.725.695.219 e destinados para a dívida pública R\$ 292.000.000.000.

3.3 Investimento na saúde 2011-2015

Tal período teve como presidente do Brasil Dilma Rousseff. Dentre os principais programas na saúde de seu governo, estavam: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); o Brasil Sorridente; Saúde Indígena; Saúde Não Tem Preço; Rede de Urgências e Emergências (SAMU – 192); Unidade de Pronto Atendimento; Melhor em Casa: Atenção Domiciliar; Viver sem Limite; Rede Cegonha; Valorização do Profissional da Atenção Básica; Volta para Casa; e a Assistência e Prevenção do Câncer.

Observa-se no gráfico acima (Anexo E), uma discrepância entre o valor autorizado para investimento, ou seja, a projeção destinada para o âmbito da saúde e o efetivamente pago, mesmo quando somado aos restos a pagar.

Nota-se que em 2012 houve uma elevação do valor autorizado para investimento na saúde, isso foi em consequência do gasto total do PIB (Produto Interno Bruto) com Saúde, no valor de 9,32%, o que foi perto da média mundial de 10% (WHO, 2015).

Porém o valor pago, adicionado dos restos a pagar não altera em razão do aumento do valor autorizado, desse modo não ocorre nenhuma mudança efetiva de investimentos na saúde do ano de 2012 .

Quanto aos outros anos entre o valor autorizado e o pago, revela-se que o poder público apenas cumpre por volta de 40% (quarenta por cento) daquilo que era planejado para o investimento na saúde.

3.3.1 Comparativo com os valores pagos a Título de Juros da Dívida Pública 2011-2015

No gráfico acima (Anexo F), demonstra-se o comparativo entre o quanto o poder público gasta em bilhões com os juros da dívida e o quanto é gasto com investimento na saúde. O valor de investimento na saúde revela-se ínfimo quando colocado ao lado da dívida pública. Desse modo, indicando o excesso de capital direcionado a dívida.

4. DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO – DRU

A desvinculação de receitas da União foi uma medida criada em 1994, quando da implementação do Plano Real pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Inicialmente, foi denominada Fundo Social de Emergência.

Sua implementação foi justificada pelo fato de o constituinte de 1988 ter criado dois tipos de orçamentos: o Orçamento Fiscal e o Orçamento da Seguridade Social, este último abrangendo a Previdência Social, a Assistência Social e a saúde, que é o nosso objeto de estudo.

Consiste em um mecanismo que proporciona uma permissão ao Governo Federal para retirar ou desvincular do Orçamento da Seguridade Social, 20% do seu orçamento, para que seja utilizado conforme o que o governo entenda como prioridade no momento. Bem como a possibilidade de pagamento da dívida pública bem como de seus juros.

A DRU possui como objetivos principais: o primeiro já mencionado refere-se ao aumento da flexibilidade para que os recursos do orçamento da seguridade social sejam utilizados nas despesas que o governo considerar como prioritárias, e o segundo está relacionado à permissão de que haja um superávit nas contas do governo, este é um ponto muito importante para que a inflação seja controlada.

Apesar das fortes críticas que este mecanismo sofre ao longo desses mais de 24 anos que está em vigor, por meio do próximo gráfico (Anexo G) é possível observar o aumento em relação ao PIB das contribuições relacionadas à Seguridade Social, enquanto que os Impostos e Taxas relativos ao Orçamento Financeiro que se mantiveram nos mesmos valores.

Quem defende essa desvinculação apresenta como argumentos a

uma efetiva flexibilidade orçamentária, para que o Governo pode de acordo com suas pretensões e objetivos priorizar determinados gastos no momento oportuno. Bem como ser uma ferramenta de gestão fiscal com o fim de alocar recurso disponível de uma área para outras finalidades, e que a DRU evita que algumas áreas tenham recursos alocados possam “ceder” a outras que estejam com carência de recursos.

Para aqueles que não concordam com a Desvinculação de Receitas da União acaba por aumentar uma excessiva vinculação de recursos e suas respectivas despesas exclusivamente com a União, que ela acaba por afetar a natureza do tributo vinculado relativo às contribuições sociais, e por fim apresentam que ela acaba por retirar de uma alocação específica que se relaciona com um dos direitos básicos relativos ao mínimo existencial: a saúde.

Em 2016 na gestão do Governo de Michel Temer a DRU sofreu sua última alteração por meio de uma Emenda Constitucional, que alterou o artigo 76 do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, aumentando para 30% o valor permitido para desvinculação e prorrogando sua duração até o ano de 2023.

5. ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL

Para viabilizar a compreensão dos parâmetros utilizados no presente estudo de caso, foram escolhidos dois países com sistema universal de saúde implantado de forma análoga à que ocorre no Brasil: Reino Unido e Austrália.

Conforme a visão acentuada dos direitos sociais, firmada após a segunda metade do século XX, um sistema de saúde eficiente, como direito inerente ao exercício da cidadania, tornou-se uma das grandes pautas frente às mudanças pós-Segunda Guerra Mundial.

Sendo assim, os temas relacionados à saúde são amplamente discutidos em todo o mundo, tornando-se até um dos mais notáveis indicadores de visibilidade político econômica de um país.

5.1. Reino Unido

Nota-se a evolução do Sistema de Saúde Pública implantado no Reino Unido desde a sua criação. O Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service*) surgiu na emergência de uma

visão de que a assistência de saúde era um direito do cidadão, e não algo concedido de forma irregular por caridade.

O Sistema Nacional de Saúde começou a funcionar em 05 de julho de 1948 e mantém-se consolidado como um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo. Caracteriza-se pela organização, eficiência e qualidade nos serviços de saúde prestados à população.

O modo operacional do *National Health Service* é feito, principalmente, em duas etapas, a saber:

- I. *NHS Walk-in Centres*: implantados em 1999 em lugares de grande circulação pública, como supermercados e aeroportos, são centros onde não é necessário o agendamento, oferecendo conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes. São abertos de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/avaliação é feito por enfermeiros. O objetivo principal desses centros é completar e não substituir os GPs. Essas instâncias de atenção têm similaridade com os pronto-atendimentos implantados nas grandes áreas urbanas de nosso país;
- II. *NHS Direct*: linha telefônica operada por enfermeiras, que funciona 24 horas por dia fornecendo informações de saúde e fazendo encaminhamento aos serviços apropriados quando necessário, sejam eles primário ou secundário

Vê-se que o *National Health Service* dispõe de uma cobertura universal, pautando-se nos princípios da equidade e integralidade. Considerando que o Reino Unido é formado pela união de quatro países, Escócia, País de Gales, Inglaterra e Irlanda do Norte, nota-se que cada um desses países possui autonomia para gerenciar os recursos repassados para financiar a saúde pública.

A maioria dos repasses financeiros para a saúde advém do setor pública, principalmente dos impostos gerais, sendo uma pequena parcela desta contribuição do Sistema de Seguridade Social.

Atentando-se ao modo como se realiza a gestão financeira do *National Health Service*, vislumbra-se a sua semelhança com o modelo adotado no Brasil, consubstanciado no Sistema Único de Saúde (SUS).

5.2 Austrália

De um modo um pouco diferente do que ocorre no Reino Unido, embora o serviço de saúde na Austrália seja universal, este surge de uma parceria público-privada. O governo nacional é responsável pela criação e implementação de políticas, regulamentos e financiamento em saúde, ao passo que a gestão dos serviços públicos, bem como o gerenciamento das relações com os profissionais de saúde e unidades hospitalares, ficam a cargo dos estados e territórios australianos.

O denominado *Medicare* garante uma cobertura universal a todos os cidadãos australianos e é financiado em sua maior parte por recursos públicos, enquanto os estados e territórios australianos são os principais responsáveis pela distribuição e gestão dos serviços públicos de saúde (incluindo hospitais públicos, saúde comunitária e atendimento odontológico público), e a regulação dos prestadores de cuidados em saúde e recursos privados em saúde. Governos locais financiam e distribuem alguns serviços de saúde assim como programas de saúde ambiental.

Cumprе ressaltar que o *Medicare* é um sistema muito elogiado pela população australiana, trazendo em seu bojo políticas voltadas à prevenção e atendimentos eficientes.

5.3 Indicadores

Os países analisados no presente estudo de caso demonstram total excelência no que tange à prestação de serviços de saúde pelo governo. Destaca-se que, até 2016, o Reino Unido possuía 65,64 milhões de habitantes, enquanto a Austrália, também no mesmo período, possuía 24,13 milhões.

Desse modo, considerando a demanda populacional atendida por cada um desses países, destaca-se, ainda, que o investimento em saúde com relação ao PIB, em média, gira em torno de 9,8%. Impende, neste caso, que os valores angariados à saúde no Brasil também se encontram em um patamar similar, todavia, ocorre que o Brasil, em 2016, encontrava-se com 207,7 milhões de habitantes.

Assim, em virtude da demanda populacional ser elevada, os recursos destinados ao financiamento da saúde tornam-se quase que insuficientes para a manutenção dos serviços voltados a saúde.

6. CONCLUSÃO

O principal objetivo do presente artigo foi comparar os valores que o Governo Federal utiliza para o investimento em um dos principais direitos assegurados pela Constituição, o qual o ser humano necessita para viver com dignidade.

Cada gestão possui uma política de governo que a orienta na utilização de seu orçamento público. No período analisado, apesar de envolver dois mandatos de presidentes distintos, como estavam relacionados ao mesmo partido político, foi possível extrair um equilíbrio na utilização do orçamento da Seguridade Social, perfazendo montantes próximos, e apenas o ano de 2012 apresentou aumento significativo no investimento em saúde pública.

Utilizando os dados apresentados, foi possível chegar ao total de investimento que a União realizou para a área da saúde pública nos anos de 2003 a 2015, que totalizou R\$ 58.035.517.734, valor este atualizado pelo IPCA. Em contrapartida, no mesmo período, o Governo pagou em títulos de juros da dívida pública R\$ 4.084.000.000.000, valor também atualizado pelo IPCA.

É nítida a discrepância entre estes valores, o que demonstra que a política de governo utilizada pelo Partido dos Trabalhadores priorizou o pagamento dos títulos de juros da dívida pública em detrimento da saúde, ainda mais que, através da DRU, é desvinculada parcela do orçamento.

Os representantes desse governo declararam que, apesar de existir orçamento autorizado pela Lei Orçamentária anual, foi orientado que deveria ser realizado um contingenciamento. Assim, mesmo que existisse orçamento para diversas formas de investimento, foi preferido não realizá-las.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, Fernando. **O que é e para que Serve a desvinculação de receitas da União (DRU)?**. Disponível em: <<http://www.brasil-economia-governo.org.br/2011/12/05/o-que-e-e-para-que-serve-a-desvinculacao-de-receitas-da-uniao-dru/>> Acesso em: 13 de junho de 2018.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em :
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acessado em 11 de junho de 2018.

_____, **Lei Complementar 141/2012**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm> Acessado em 11 de junho de 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Ações e Programas**. Disponível em :<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/academia-da-saude/monitoramento-e-sus/693-acoes-e-programas>> Acessado em 11 de junho de 2018.

_____, Orçamento Federal, SIGA Brasil
<<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CONCURSOS DA SAÚDE. **SUS: Princípios/Diretrizes, Regionalização e Gestão do SUS** – Marcos Jurídicos. Disponível em: <<http://blog.concursosdasaude.com.br/sus-principios-diretrizes-regionalizacao-e-gestao-do-sus/>> Acessado em 11 de junho de 2018.

JORNAL DO BRASIL. **Gastos com saúde crescem e atingem 9,1% do PIB**. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/economia/noticias/2017/12/20/gastos-com-saude-crescem-e-atingem-91-do-pib/>> Acessado em 11 de junho de 2018.

LEITE, Harrlson. **Manual de Direito Financeiro I Harrison leite** - 5. ed. rev. ampl. e atual - Salvador: JusPODVM, 2016. P. 70. 528 p.

MENEGON, Letícia Fatinato. **O Universalismo e Suas Vertentes**. Disponível em: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/o_universalismo_e_suas_vertentes.pdf Acesso em 19/06/2018.

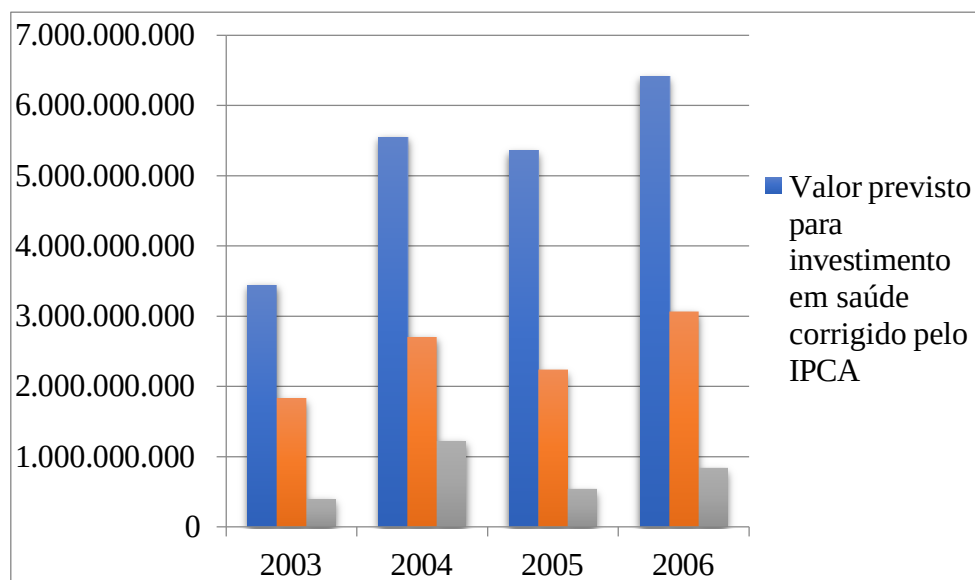
OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2006. Trabalhando Juntos Pela Saúde**. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf Acesso em 20/06/18.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas Universais de Saúde: O Caminho Para a Cobertura Universal.** Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf> Acesso em 19/06/2018.

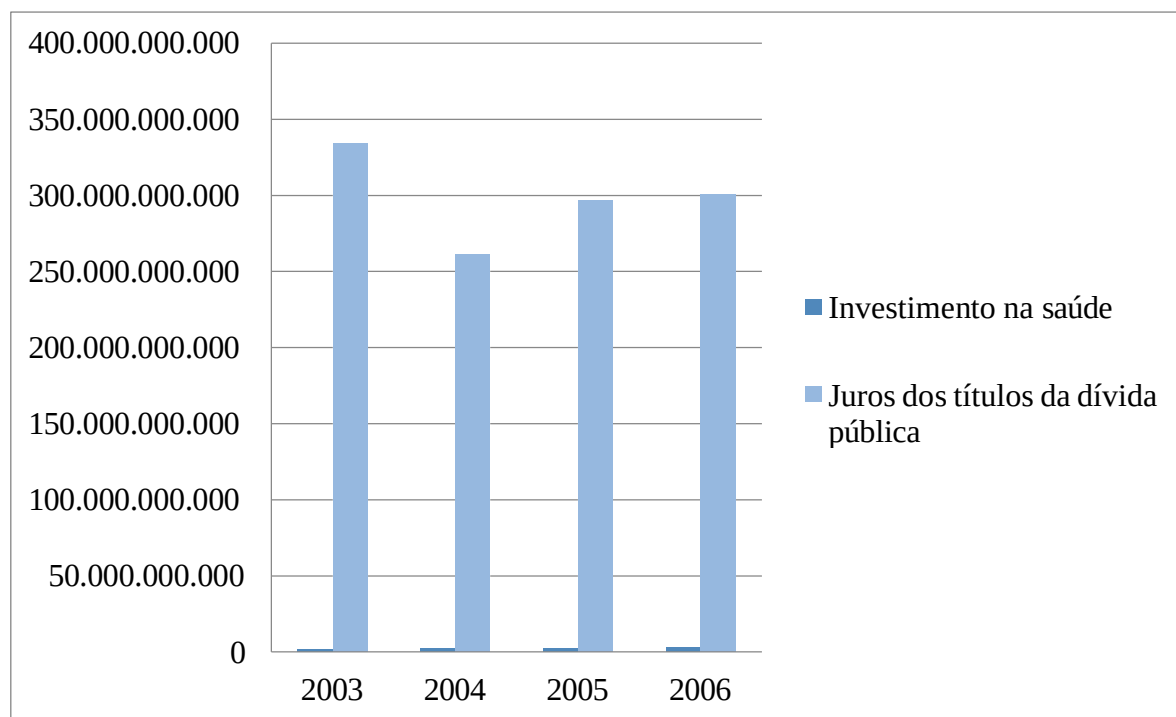
REVISTA CARTA CAPITAL. **Saúde é desenvolvimento** . Disponível em:<<https://www.cartacapital.com.br/saude/saude-e-desenvolvimento>> Acessado em 13 de junho de 2018.

SAMBIASE, Ana Gabriela. **ASPECTOS LEGAIS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29/00** . Revista de Direito Sanitário, vol.4, n. 1, março de 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/82419/85405> >Acessado em 13 de junho de 2018.

ANEXO - ANEXO A – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE INVESTIMENTO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2003-2006.

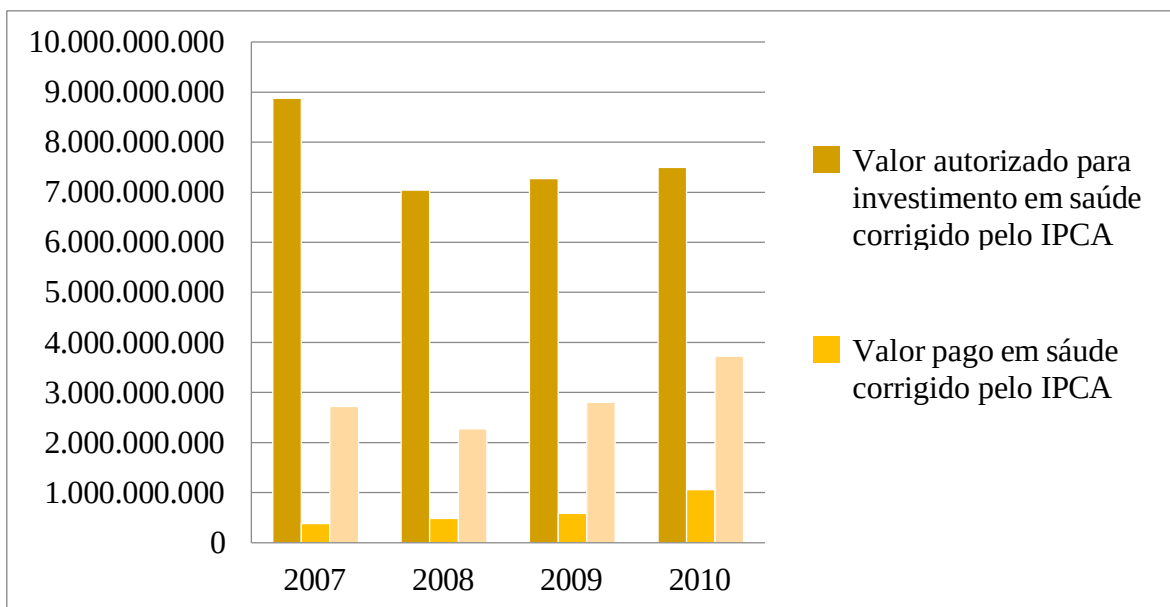


ANEXO B – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO COMPARATIVO ENTRE O INVESTIMENTO NA SAÚDE E O PAGAMENTO AOS JUROS DA DÍVIDA PÚBLICA 2003-2006

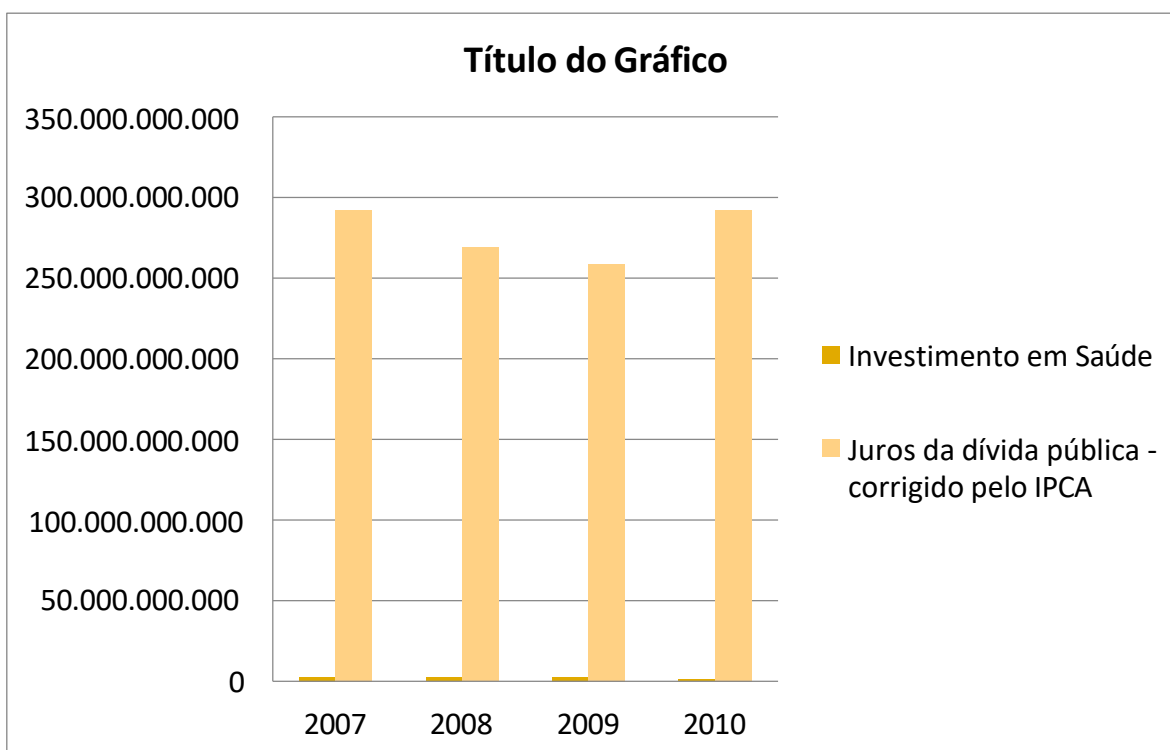


Fonte : ANEXOS A, B: Siga Brasil

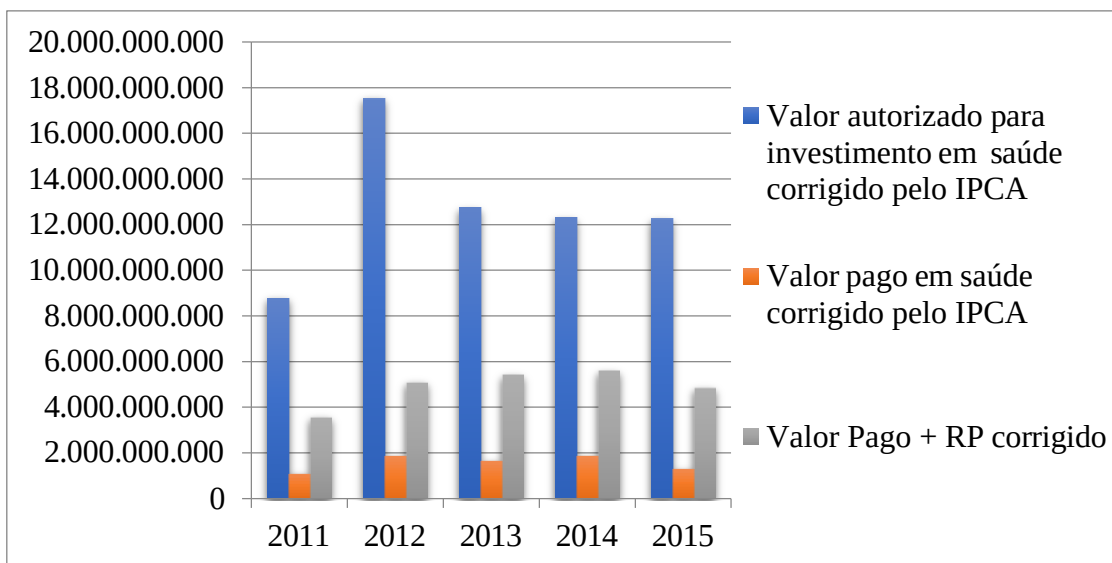
ANEXO C – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE INVESTIMENTO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2007-2010.



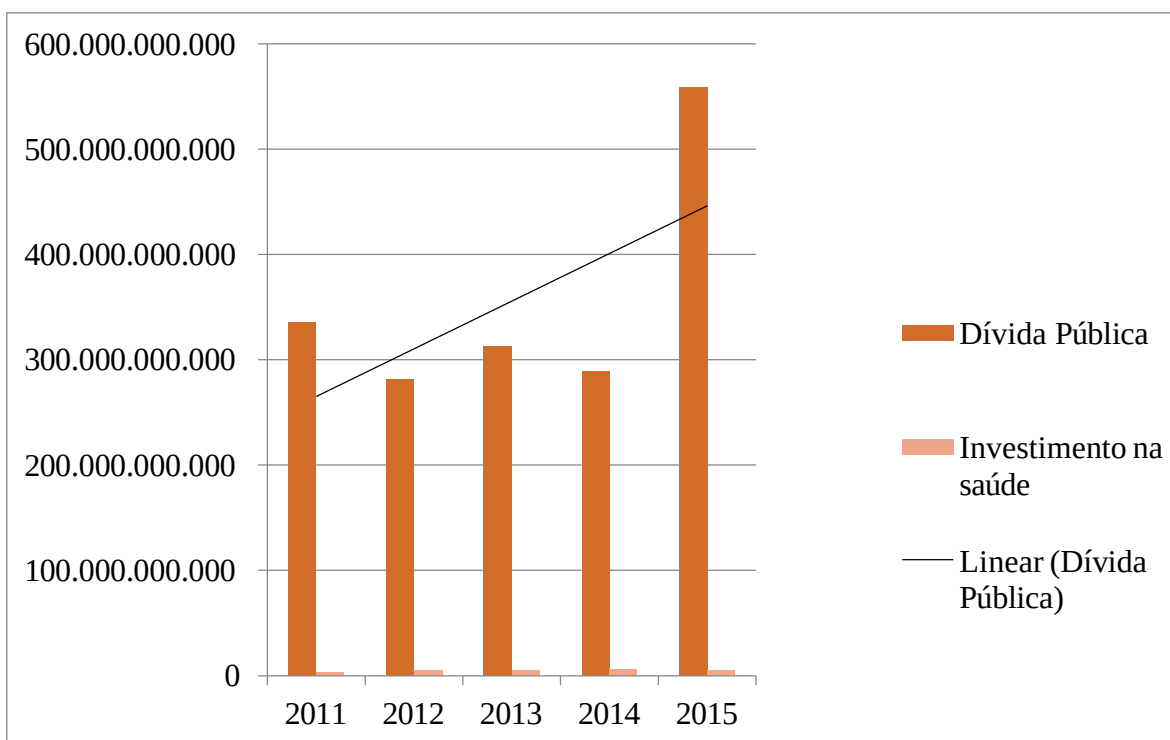
ANEXO D – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO COMPARATIVO ENTRE O INVESTIMENTO NA SAÚDE E O PAGAMENTO AOS JUROS DA DÍVIDA 2007- 2010



ANEXO E — REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE INVESTIMENTO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2011-2015.

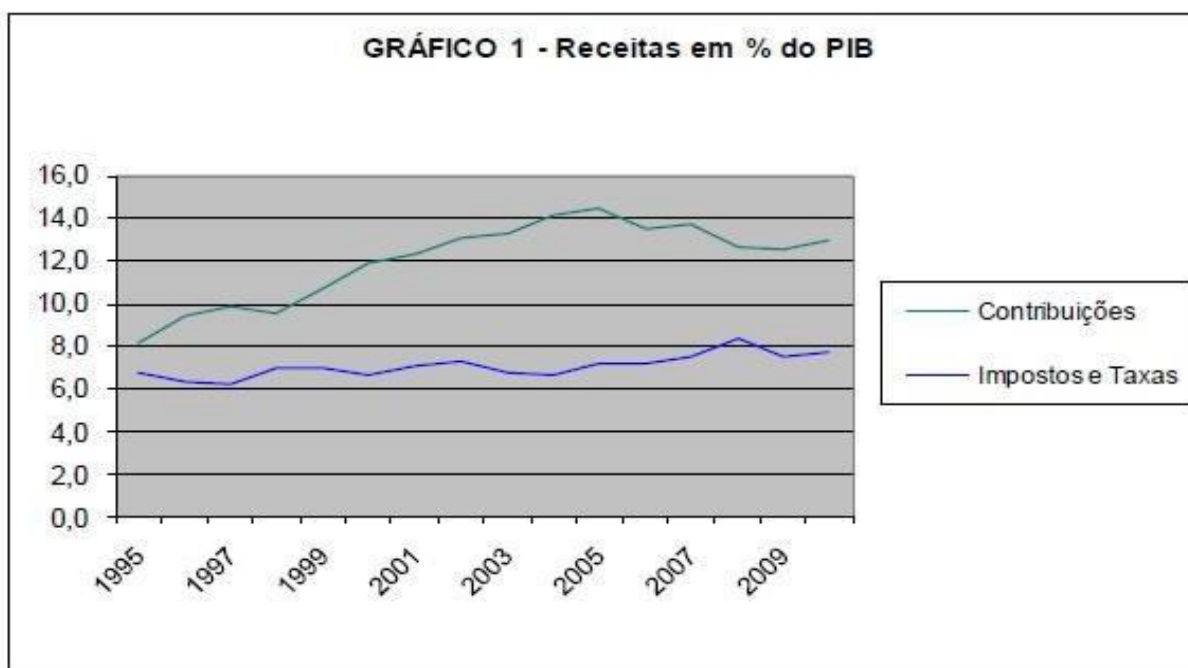


ANEXO F - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO COMPARATIVO ENTRE O INVESTIMENTO NA SAÚDE E O PAGAMENTO AOS JUROS DA DÍVIDA PÚBLICA 2011-2015



Fonte : ANEXOS E,F: Siga Brasil

**ANEXO G – COMPARATIVO ENTRE O AUMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES
RELACIONADAS À SEGURIDADE SOCIAL E OS IMPOSTOS E TAXAS RELATIVOS
AO ORÇAMENTO FINANCEIRO**



Fonte: Brasil Economia.org