

Ocké-Reis, Carlos Octávio

**Working Paper**

## Avaliação do gasto tributário em saúde: O caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF)

Texto para Discussão, No. 2712

**Provided in Cooperation with:**

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

*Suggested Citation:* Ocké-Reis, Carlos Octávio (2021) : Avaliação do gasto tributário em saúde: O caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), Texto para Discussão, No. 2712, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td2712>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/249228>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

**TEXTO PARA DISCUSSÃO**

**2712**

**AVALIAÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO  
EM SAÚDE: O CASO DAS DESPESAS  
MÉDICAS DO IMPOSTO DE RENDA  
DA PESSOA FÍSICA (IRPF)**

**CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS**



**AVALIAÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO  
EM SAÚDE: O CASO DAS DESPESAS  
MÉDICAS DO IMPOSTO DE RENDA DA  
PESSOA FÍSICA (IRPF)<sup>1</sup>**

**CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS<sup>2</sup>**

---

1. Gostaria de agradecer os comentários dos pareceristas e dos meus colegas da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), bem como o apoio de Artur Fernandes, do Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal do Brasil (Cetad/RFB), na coleta dos dados relativos aos gastos tributários em saúde. Sou grato ainda a Daniel Drach e ao Núcleo de Informações Sociais (Ninsoc) pelo apoio técnico na elaboração dos gráficos e tabelas apresentados neste *Texto para Discussão*. Os erros remanescentes são de minha responsabilidade.

2. Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc do Ipea.  
*E-mail:* <carlos.ocke@ipea.gov.br>.

**Governo Federal**

**Ministério da Economia**

**Ministro** Paulo Guedes

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

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

**Presidente**

**CARLOS VON DOELLINGER**

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**  
**MANOEL RODRIGUES JUNIOR**

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,  
das Instituições e da Democracia**  
**FLÁVIA DE HOLANDA SCHMIDT**

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**  
**JOSÉ RONALDO DE CASTRO SOUZA JÚNIOR**

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**  
**NILO LUIZ SACCARO JÚNIOR**

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de  
Inovação e Infraestrutura**  
**ANDRÉ TORTATO RAUEN**

**Diretora de Estudos e Políticas Sociais**  
**LENITA MARIA TURCHI**

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas e  
Políticas Internacionais**  
**IVAN TIAGO MACHADO OLIVEIRA**

**Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação**  
**ANDRÉ REIS DINIZ**

**OUVIDORIA:** <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>  
**URL:** <http://www.ipea.gov.br>

## Texto para Discussão

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

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2021

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

ISSN 1415-4765

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

CDD 330.908

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

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

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

JEL: H51.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2712>

# SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES .....	8
3 IMPACTO DO SUBSÍDIO .....	13
4 CONFLITO DISTRIBUTIVO E INTERVENÇÃO GOVERNAMENTAL .....	16
5 LIMITES PARA A DEDUÇÃO? .....	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
REFERÊNCIAS .....	20
APÊNDICE A .....	23
APÊNDICE B .....	24
APÊNDICE C .....	30

## SINOPSE

No contexto do “desfinanciamento” do Sistema Único de Saúde (SUS), da ótica da justiça distributiva, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas e, portanto, deve ser avaliado e fiscalizado pelo Poder Executivo e seus órgãos de controle. Tal incentivo governamental representa um imposto não recolhido ou um gasto público não aplicado diretamente nas políticas de saúde, promovendo, entre outros, a rentabilidade do setor privado. Em contexto de restrição fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletir como esse problema poderá ser resolvido. Essa renúncia representa hoje um montante significativo de recursos não recolhidos pelo Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), tributo que é, em parte, repassado aos estados e municípios por meio dos fundos de participação estadual e municipal, que têm um papel significativo no financiamento do SUS nas regiões mais pobres. Desse modo, este trabalho tem por objetivo contribuir para a realização da avaliação da dedução das despesas médico-hospitalares do IRPF, debatendo algumas ideias sobre como eliminar, reduzir ou focalizar esse subsídio. Constata-se que eventuais modificações no desenho e na magnitude da renúncia fiscal podem atender diferentes finalidades. Entretanto, além de sua trajetória crescente, o tamanho de tal subsídio é tão expressivo que, uma vez alocado para outros fins, poderia servir de base para criar programas sociais, ou impulsionar programas já existentes, ou, ainda, compensar efeitos negativos da carga tributária, diminuindo a pobreza e a desigualdade estruturais da sociedade brasileira. Trata-se, assim, de mecanismo orçamentário que, se fosse realocado, poderia contribuir para atacar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** despesas governamentais e saúde; equidade; financiamento em saúde; alocação de recursos em saúde; gastos tributários em saúde.

## ABSTRACT

Considering the de-financing of the Brazilian Unified Health System (SUS), the health-related tax expenditure seems to be undesirable under the distributive justice approach. It represents an unpaid tax or public expenditure not directly applied to health policies, promoting, among others, the profit of the private sector. In the context of fiscal constraints, looking over its magnitude and inequity that favors the upper income – the government should reflect how this problem can be tackled. This rebate represents a significant amount of funds not collected by the Individual Income Tax (IRPF), which is in part transferred to states and local authorities, playing a significant role in the SUS financing at poorest regions. This working paper evaluates the deduction of medical and hospital expenses of the IRPF, taking the opportunity to debate some ideas to eliminate, reduce or target such subsidies. It appears that any changes in the design and magnitude of the tax expenditure can be applied to different purposes. However, besides its increasing growth, the subsidy size is so significant that once allocated for other priorities, it might serve as a basis for creating social programs or for boosting existing programs, or even compensate effects on the tax burden, addressing the poverty and structural inequality in the society. If managed properly, this mechanism could contribute to overcoming certain inequities in the Brazilian health system.

**Keywords:** government expenditures and health; equity; health care financing; allocation of health resources; health-related tax expenditure.

## 1 INTRODUÇÃO

No contexto do “desfinanciamento” do Sistema Único de Saúde (SUS), da ótica da justiça distributiva, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas e, portanto, deve ser avaliado e fiscalizado pelo Poder Executivo e seus órgãos de controle (Ocké-Reis, 2018).

Tal incentivo governamental representa um imposto não recolhido ou um gasto público não aplicado diretamente nas políticas de saúde, promovendo, entre outros, a rentabilidade do setor privado. Tal mecanismo pode, ademais, prejudicar o SUS. De um lado, os prestadores não têm incentivos para reduzir a fila e o tempo de espera nos serviços públicos, a fim de aumentar a demanda por serviços privados; de outro, o patrocínio ao mercado acaba desorganizando a capacidade de planejamento do SUS, independentemente do direito constitucional à saúde, dada a demanda originada pela utilização inadequada dos serviços privados.

Em contexto de restrição fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletir como esse problema poderá ser resolvido.

O primeiro passo a partir da aplicação do “modelo lógico” (Cassiolato e Guerese, 2010) – que pode servir para desenhar o processo de avaliação governamental – é definir alguns parâmetros, que permitam examinar a renúncia de arrecadação fiscal relacionada às despesas médico-hospitalares dos contribuintes. De acordo com o gráfico 1, em termos relativos, o total da renúncia representa hoje um montante significativo de recursos não recolhidos pelo Estado.<sup>1</sup> Vale dizer, no tocante ao Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), parte é repassado aos estados e municípios por meio dos fundos de participação estadual e municipal, que têm um papel significativo no financiamento do SUS nas regiões mais pobres.

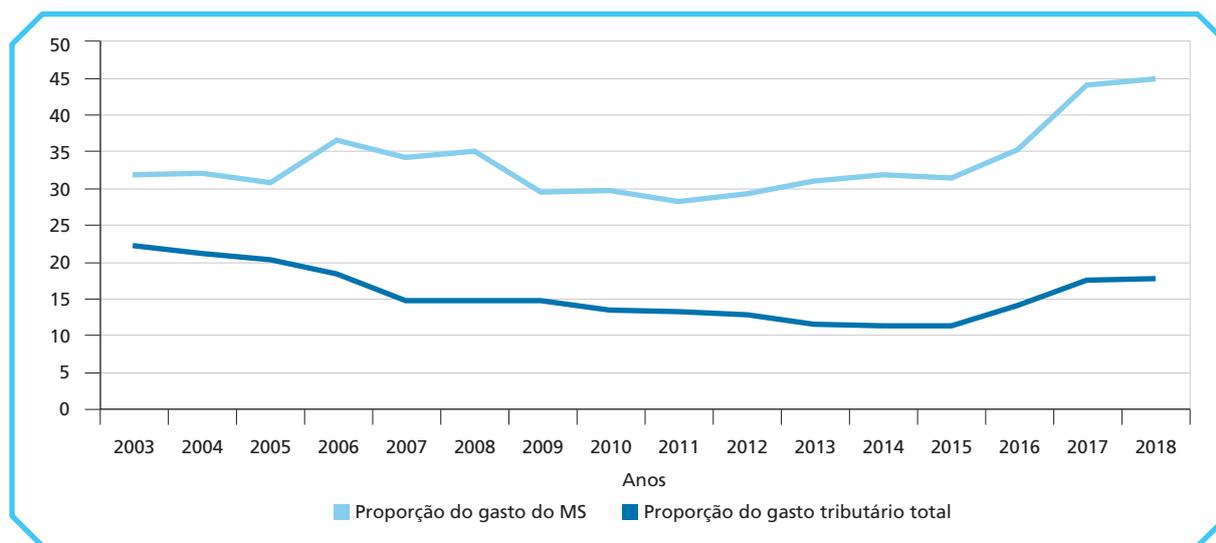
Desse modo, este trabalho tem por objetivo contribuir para a avaliação da dedução das despesas médico-hospitalares do IRPF, debatendo algumas ideias com o propósito de eliminar, reduzir ou focalizar esse subsídio a longo prazo.

---

1. Para ver a distribuição do gasto tributário em saúde em valores nominais entre 2003 e 2018, consultar apêndice A.

**GRÁFICO 1****Proporção do gasto tributário em saúde em relação ao gasto do Ministério da Saúde (MS) e do gasto tributário total (2003-2018)**

(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde (MS) e Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal do Brasil (Cetad/RFB).

Elaboração do autor.

Obs.: Dados (tabela B.1, apêndice B).

Dependendo dos critérios empregados para modificar a renúncia, o público-alvo beneficiado pode ser completamente distinto. Por exemplo, caso se queira destinar esse montante para a atenção primária do SUS, os beneficiários serão em boa medida os usuários dos serviços públicos de saúde. Em sentido diverso, caso se queira calibrar as alíquotas do IRPF, os beneficiários, à primeira vista, serão os contribuintes mais bem situados na distribuição de renda. E, finalmente, considerando o conjunto das desonerações fiscais do governo federal, caso se elimine a renúncia fiscal para melhorar o resultado primário das contas públicas, os beneficiários dessa última operação serão difusos, embora o governo possa ser criticado por favorecer o “setor rentista”.

Constata-se que eventuais modificações no desenho e na magnitude da renúncia fiscal podem atender diferentes finalidades. Entretanto, além de sua trajetória crescente, o tamanho de tais subsídios é tão expressivo que, uma vez alocados para outros fins, poderiam servir de base para criar programas sociais, ou impulsionar programas já existentes, ou, ainda, compensar efeitos negativos da carga tributária, diminuindo a pobreza e a desigualdade estruturais da sociedade brasileira. Trata-se, portanto, de um mecanismo orçamentário que poderia contribuir para atacar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

Tendo em mente os parâmetros informados pelo “modelo lógico”, na segunda seção, apresentaremos as principais características da renúncia de arrecadação fiscal decorrente das despesas médico-hospitalares dos contribuintes, comparando, pontualmente, o caso brasileiro com algumas experiências internacionais. Na terceira seção, abordaremos os impactos desse subsídio no financiamento das políticas de saúde, na regulação dos planos de saúde e na incidência da carga tributária. Por sua vez, serão debatidos, na quarta seção, os dilemas de uma eventual intervenção governamental, em uma conjuntura marcada por conflitos distributivos. Na quinta seção, além de sugerir a criação de um teto, apontamos algumas precondições que precisariam ser atendidas antes da sua implantação, para garantir maior justiça distributiva no setor saúde. Nas considerações finais, chamaremos atenção para lacunas não preenchidas neste trabalho, que poderiam ser superadas com a realização de oficinas temáticas e questionários dirigidos às autoridades governamentais, bem como aos atores atingidos direta ou indiretamente por esse benefício.

## 2 DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

As despesas médico-hospitalares declaradas no IRPF (de titulares ou dependentes) – em outras palavras, os gastos com saúde (médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, exames laboratoriais, hospitais, clínicas e planos de saúde no Brasil e no exterior) – podem ser deduzidas da base de cálculo do imposto de renda (IR) (Ocké-Reis e Gama, 2016). Nesse caso, a base de cálculo é reduzida, e o indivíduo apura um imposto menor a pagar (Lei nº 9.250/1995, art. 8º).

Paralelamente, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas-PCD) permitiram também às pessoas físicas, a partir de 2012, e às pessoas jurídicas, a partir de 2013, deduzir do Imposto de Renda Devido (IRD) as doações e os patrocínios em favor de projetos de atenção oncológica e de atenção aos deficientes até o limite de 1% do seu IRD. Esses projetos devem ser, previamente, aprovados pelo MS e desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, quer sejam certificadas como entidades beneficentes de assistência social, quer sejam qualificadas enquanto organizações sociais (Lei nº 12.715/2012, arts. 1º ao 14; Lei nº 12.844/2013, art. 28).

Vale dizer que o gasto relacionado *stricto sensu* às despesas médico-hospitalares é mensurado a partir da base de dados da RFB. A fonte de informação é a Declaração do Imposto de Renda das Pessoas Físicas (DIRPF), onde os contribuintes informam os gastos no código “Despesa Médica”, registrando o tipo de gasto com saúde (médico, dentista, psicólogo, hospital ou plano de saúde etc.) e qual foi o montante pago, discriminando se possui alguma parcela desse total

que não pode ser deduzida ou reembolsada, uma vez que a legislação não permite, entre outros, a dedução de gastos com remédios, próteses, óculos e órteses. No resumo da declaração, faz-se a soma de todas as despesas médico-hospitalares, depois diminuem-se os eventuais gastos não dedutíveis, e o resultado é declarado nos “Rendimentos Tributáveis e Deduções”. A partir daí, gera-se o montante do que efetivamente foi deduzido da base de cálculo do IR.

Cabe destacar que a dedução por item de despesa é apurada de acordo com as suas características específicas (fato gerador, base de cálculo do imposto a pagar e suas respectivas faixas de alíquota). Entretanto, embora não exista um teto como aquele imposto aos gastos das famílias com educação, deve-se observar a seguinte advertência: o montante da dedução da base de cálculo do imposto a pagar a partir da declaração dos gastos em saúde não pode ser superior ao valor do rendimento tributável, pois não há previsão legal para gerar imposto negativo no Brasil.

Conforme as regras vigentes relacionadas ao IRPF,<sup>2</sup> o cálculo da renúncia de arrecadação fiscal é realizado agrupando os contribuintes segundo a base de cálculo e as correspondentes faixas de alíquotas. Desse modo, a partir do somatório de cada estrato, estima-se a renúncia de arrecadação associada à despesa médico-hospitalar. Por sua vez, como a despesa do contribuinte é registrada de acordo com o tipo de gasto, considerando seu percentual de participação, calcula-se o valor da renúncia para cada tipo de gasto. Essa metodologia, baseada na classificação individual dos contribuintes por faixas de alíquota, reproduz com fidelidade a apuração do IR e produz um resultado próximo à renúncia provocada pela dedução da despesa médico-hospitalar.

Agrega-se a isso, a renúncia relativa às despesas médicas é contabilizada a partir dos contribuintes que entregaram a declaração do IRPF no modelo completo. Uma opção seria preencher a declaração no modelo simplificado, que faculta um desconto relativo a todas as deduções da base de cálculo (despesas médicas, dependentes, gastos com educação, contribuição para previdência etc.). Esse benefício tem base legal, permitindo a dedução da base de cálculo de 20% do rendimento tributável até o limite definido pelas normas vigentes no ano-calendário. Entretanto, a partir do modelo simplificado não é possível mensurar a perda de arrecadação decorrente da dedução das despesas médico-hospitalares sobre a base de cálculo do IRPF.

Posto isto, no contexto do “desfinanciamento” do SUS, quais seriam os principais problemas da renúncia fiscal associada às despesas médico-hospitalares?

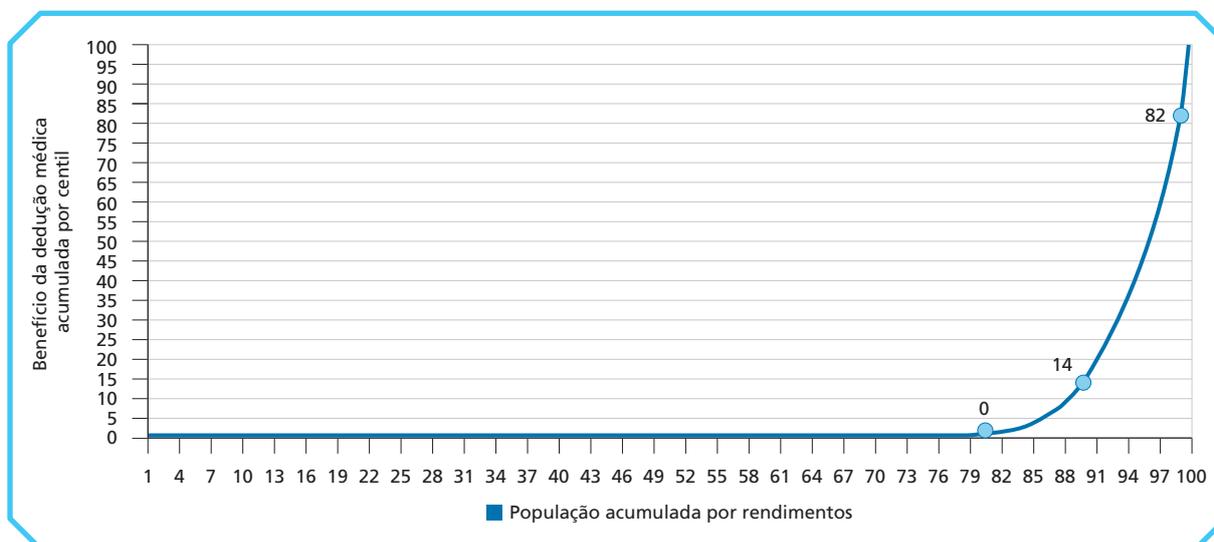
2. Entre 2003 e 2008, a tabela do IRPF apresentava apenas três faixas de alíquotas (0%; 15%; e 27,5%), mas, a partir de 2009, a tabela passou a apresentar cinco (0; 7,5%; 15%; 22,5%; e 27,5%).

De um lado, conforme demonstrado no gráfico 2, beneficiam-se os estratos superiores de renda, uma vez que 1% dos indivíduos mais bem posicionados na pirâmide da distribuição se apropria de 18% do total de tais subsídios.

## GRÁFICO 2

### Distribuição dos contribuintes do IRPF, gasto tributário das despesas médico-hospitalares (2016)

(Em %)



Fonte: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (2019). Ministério da Economia (ME).

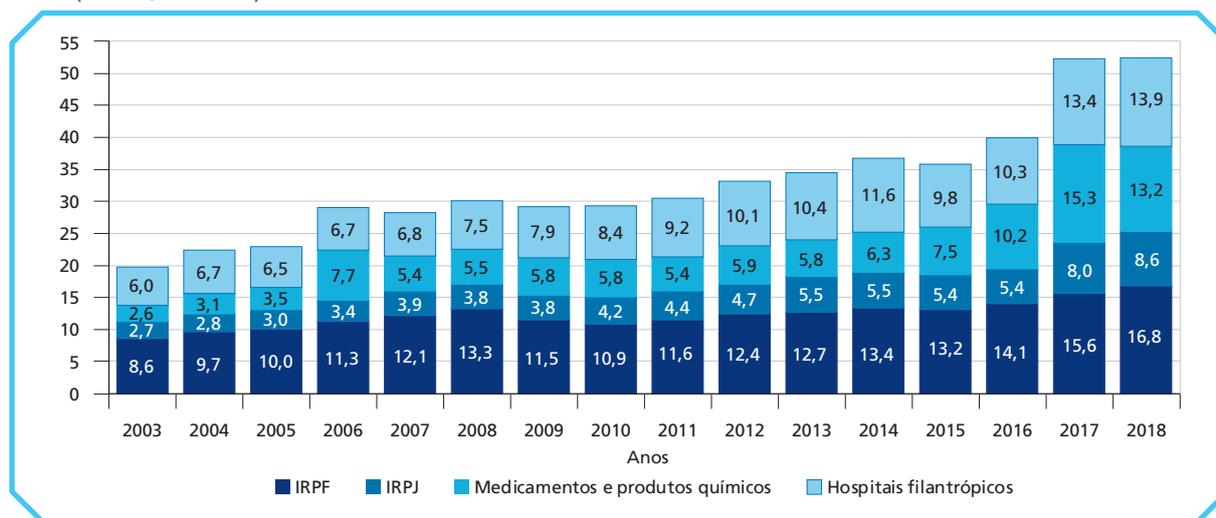
De outro lado, essa dedução do IRPF se dá em detrimento de recursos financeiros (gráficos 3 e 4), que poderiam dobrar os recursos da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>3</sup> ou para qualificar os serviços especializados (consultas médicas, cirurgias eletivas e exames de média complexidade tecnológica) fundamentais para consolidar a proposta de universalização e integralidade da cobertura de ações e serviços prestados pelo SUS.

3. A despesa empenhada com o programa de saúde da família atingiu aproximadamente R\$ 16 bilhões (Brasil, 2019).

## TEXTO para DISCUSSÃO

### GRÁFICO 3

Gasto tributário em saúde,<sup>1</sup> IRPF, IRPJ, medicamentos e hospitais filantrópicos (2003-2018)  
(Em R\$ bilhões)



Fonte: RFB.

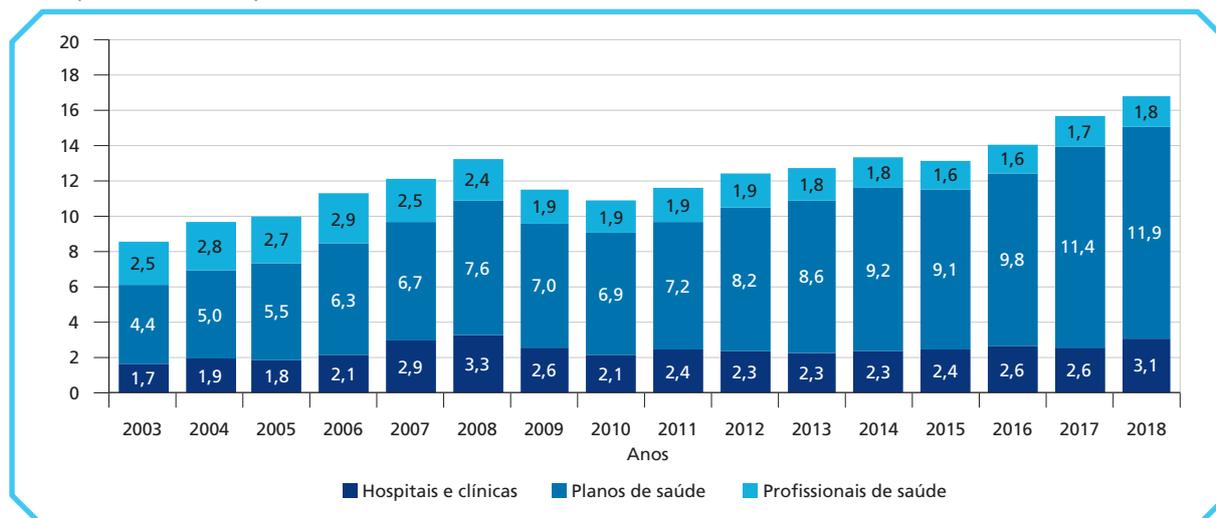
Elaboração do autor.

Nota: <sup>1</sup> Corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio de 2018.

Obs.: Dados (tabela B.2, apêndice B).

### GRÁFICO 4

IRPF: gasto tributário em saúde,<sup>1,2</sup> segundo tipo de gasto (2003-2018)  
(Em R\$ bilhões)



Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Os dados relativos aos "hospitais e clínicas" e "profissionais de saúde" agregam os abatimentos nacionais e internacionais.

<sup>2</sup> IPCA médio de 2018.

Obs.: Dados (tabela B.3, apêndice B).

Sem entrar no mérito dos subsídios destinados à oferta (indústria farmacêutica<sup>4</sup> e hospitais filantrópicos), o Brasil segue uma tendência mundial, uma vez que não apenas os gastos com planos de saúde, mas também com profissionais de saúde, clínicas e hospitais, podem ser abatidos da base de cálculo do imposto a pagar para a pessoa física, o que diminui a capacidade de arrecadação do governo federal.<sup>5</sup>

Uma vez que os mecanismos privados de financiamento tendem a afetar o orçamento público da saúde (Tuohy, Flood e Stabile, 2004), pode-se questionar, de um lado, se a renúncia subtrai recursos do SUS que poderiam incrementar sua qualidade e de outro se ela restringe o acesso das classes populares a esse sistema, à medida que sua aplicação piora a distribuição do gasto público *per capita* para certos grupos da população.

Austrália, Canadá e Estados Unidos oferecem, ao seu modo, incentivos governamentais aos contribuintes, mediante a redução de impostos, para o consumo de planos de saúde (Ocké-Reis, 2016).

A renúncia fiscal operada nesses países – menos transparente do que o gasto social direto – acabou lhes permitindo obter apoio dos estratos de renda mais altos (em alguns casos, inclusive, dos estratos intermediários, como no ObamaCare),<sup>6</sup> dos prestadores privados e do mercado de planos de saúde, sem enfrentar a resistência política dos cidadãos, que precisam de um sistema universal de saúde.

Em países onde o mercado de planos é residual, sem força para pressionar o governo, a renúncia fiscal foi ou é residual, como no caso de Inglaterra, Alemanha e França, cujos sistemas são organizados de acordo com os modelos de seguridade e seguro social. Na Inglaterra, a renúncia foi extinta para idosos em 1997. Desde então não houve nenhum incentivo, dado que o mercado de serviços de saúde é demandado por empregadores e indivíduos localizados nos estratos superiores de renda. Na Alemanha não há subsídios fiscais para a compra de planos, uma vez que as pessoas podem escolher se participam do sistema público ou privado, mas não podem utilizá-los simultaneamente (os gastos com seguro social, incluindo pensões, são dedutíveis da base de cálculo do imposto a pagar, porém é um montante limitado). Na França, no início dos

---

4. Sobre a macroeconomia do setor farmacêutico, consultar Vieira e Santos (2020).

5. Não analisaremos os incentivos governamentais destinados à pessoa jurídica.

6. ObamaCare é o nome pelo qual ficou conhecido o Affordable Care Act (ACA). A medida foi introduzida no governo Barack Obama, em março de 2010, para garantir maior cobertura de planos de saúde com preços mais baratos por meio de subsídios fiscais.

anos 2000, o governo introduziu um mecanismo de financiamento público para complementar a cobertura de planos de saúde, restrito tão somente aos indivíduos de baixa renda.

Retirar eventuais lições a partir da análise das experiências internacionais pode também contribuir para refletir sobre os desafios do caso brasileiro, sendo razoável que o Estado rediscuta as regras de aplicação desse subsídio, bem como avalie seus impactos, para torná-lo mais transparente.

### 3 IMPACTO DO SUBSÍDIO

Do ponto de vista das políticas públicas em saúde, os subsídios oneram o orçamento público e são regressivos, em um quadro de desfinanciamento do SUS. Desse modo, qual seria a racionalidade da renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde para o governo brasileiro?

Em geral, em termos normativos, esse tipo de gasto indireto poderia atender aos seguintes objetivos, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; endurecer a regulação dos preços do mercado de planos; diminuir a carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; reduzir os gastos com bens e serviços privados de saúde da força de trabalho inserida no polo dinâmico da economia; e promover benefícios fiscais para certos grupos populacionais.

No entanto, seria possível observar alguns efeitos a partir da introdução desse subsídio, conforme descrito a seguir.

- 1) Dado que o gasto público em saúde é baixo, e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente dos problemas de financiamento do SUS (Ocké-Reis, 2009), a renúncia subtrai recursos significativos do sistema, que poderiam incrementar seu acesso e melhorar sua qualidade. Além do mais, tais subsídios não desafogam absolutamente os serviços médico-hospitalares do SUS,<sup>7</sup> posto que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, vigilância

---

7. À primeira vista, estudos internacionais constatam que a “cobertura duplicada” pode contribuir para a iniquidade no perfil de oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde, mostrando que os incentivos governamentais destinados ao mercado de planos de saúde enquanto estratégia para controlar gastos e melhorar o acesso no sistema público pode não ter efeitos positivos. Ademais, essa duplicação acaba patrocinando o setor privado naqueles serviços onde a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, serviços de apoio e diagnóstico e medicamentos, não contribuindo com a missão dos sistemas universais de saúde, uma vez que é provável que o mercado prejudique mais do que contribua com o Estado, embora os efeitos variem dependendo da forma de financiamento privado (Sá, 2018; Santos, 2011).

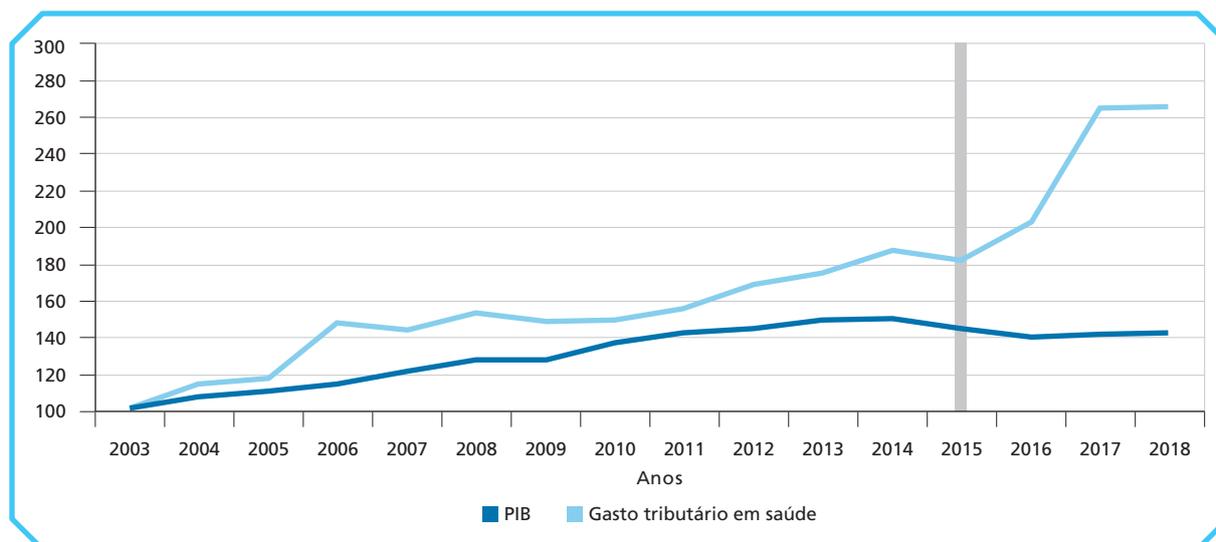
- em saúde, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, medicamentos de alto custo e serviços de alta complexidade tecnológica, em particular nas áreas cardiológica e oncológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento.
- 2) A renúncia amplia a iniquidade do sistema de saúde, uma vez que piora a distribuição do gasto público *per capita* para os estratos inferiores e intermediários de renda: nos gastos diretos do SUS, os 40% mais pobres se apropriam de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação na ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, cabe à metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos (Silveira, 2013).
  - 3) No tocante à regulação, o subsídio associado ao consumo de planos de saúde poderia calibrar a política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), corrigindo o teto de reajuste em favor dos consumidores. Entretanto, constata-se que a taxa de inflação acumulada dos planos foi superior à taxa média de inflação da economia e do próprio setor de saúde nos últimos anos (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2019), evidenciando que o Estado não atuou no sentido de promover o bem-estar social, por meio da regulamentação substantiva dos preços, que liberaria o orçamento das famílias para o consumo de massa de bens duráveis e não duráveis.<sup>8</sup> Considerando que os indicadores econômico-financeiros desse mercado apresentaram um desempenho satisfatório no período recente (Martins, Ocké-Reis e Drach, 2021), isso reforça a ideia de que, do ponto de vista das operadoras, esse subsídio tornou-se injustificável.
  - 4) Uma vez que a Emenda Constitucional (EC) nº 95 (teto da despesa primária) não restringiu o crescimento do gasto tributário (tampouco o pagamento das despesas financeiras), o valor total do gasto tributário em saúde vem subindo nos últimos anos como proporção do produto interno bruto (PIB) (gráfico 5).

---

8. Nada garante que a nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares mudará esse cenário (Fiuza, Marinho e Ocké-Reis, 2020).

**GRÁFICO 5****Evolução do gasto tributário em saúde<sup>1</sup> e do PIB<sup>2</sup> (2003-2018)**

(Índice de evolução em termos reais: 2003 = 100)



Fonte: RFB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> IPCA médio de 2018.<sup>2</sup> Deflator implícito (IpeaData).

Obs.: Dados (tabela B.4, apêndice B).

Vê-se, em especial, que o montante da renúncia associado à despesa médico-hospitalar do IRPF não é limitado pelo MS, tampouco pelo ME: condicionado pela renda, é determinado pelos gastos em saúde dos contribuintes. Não foi à toa que o ME propôs alterações na estrutura de tributação do IRPF (Brasil, 2019) que poderiam aprimorar o sistema tributário, à luz dos impactos distributivos: visando compensar uma eventual supressão das deduções de despesas médicas, um estudo do ME simulou reduzir a carga tributária do IRPF em torno de 8% para cada alíquota vigente, calculando uma estimativa de renúncia, cujo valor seria inferior ao total de gastos tributários com a dedução de despesas médicas. Assim, a fim de não haver aumento de carga tributária, a eliminação do subsídio seria compensada com a redução das alíquotas de IRPF vigentes, suavizando a projeção do montante da renúncia a longo prazo e mitigando distorções alocativas decorrentes da renúncia fiscal em saúde no curto prazo.

Em suma, tendo em mente esses elementos, o Poder Executivo não pode renunciar ao seu papel de regular o gasto tributário em saúde, cujo desenho dependerá do projeto institucional do governo para o setor, bem como do seu poder de barganha para superar os conflitos distributivos na arena setorial e resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde (Vilarinho, 2010).

#### 4 CONFLITO DISTRIBUTIVO E INTERVENÇÃO GOVERNAMENTAL<sup>9</sup>

Considerando as relações contraditórias entre o sistema público e o “subsistema” privado de saúde, parece aceitável que o Estado atenuar o conflito distributivo decorrente dos impactos desse subsídio – que favorece os estratos superiores de renda, em especial sobre o financiamento do SUS e o primado da equidade.

Vale dizer que, no Brasil, esse tipo de incentivo governamental não é novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde. Portanto, seria natural esperar que esse gasto tributário fosse ao menos justificado nas diretrizes do MS.

Contudo, para além das restrições oriundas da política de austeridade fiscal, o ponto a ser destacado repousa na seguinte constatação: dado que os atores institucionais e sociais envolvidos nesse processo têm uma expectativa difusa em relação a determinadas alterações na renúncia associada às despesas médico-hospitalares, esse conflito não encoraja a adoção de medidas governamentais a curto prazo, por diversas razões.

- 1) No plano teórico, se obscurece a ideia de que a renúncia é peça-chave para a reprodução do sistema de saúde duplicado. Afinal de contas, não se trata de desoneração fiscal qualquer; pelo contrário, ela foi historicamente essencial para a estrutura e a dinâmica do mercado de planos de saúde (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2006).
- 2) No plano econômico, os efeitos da crise entre 2015 e 2016, que expulsou mais de 3 milhões de usuários de planos de saúde, devido ao aumento do desemprego e à queda da renda (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2019), continuaram pressionando o SUS. Desse modo, se reconhecemos que mudanças na carga tributária poderiam ser uma alternativa, talvez seja mais razoável mudar a composição da carga nesse momento do que uma calibragem das alíquotas. Assim, haveria uma desoneração das classes populares e médias, penalizadas por uma carga que incide sobre o trabalho e a produção, à medida que não são tributados a alta renda, a herança e o patrimônio de acordo com os princípios da progressividade (Silveira, Passos e Guedes, 2018).
- 3) No plano político, contrariar determinados interesses enraizados na relação Estado/sociedade pode gerar realinhamentos imprevisíveis no ciclo político-eleitoral. No primeiro momento, a legitimidade de redução, eliminação ou focalização do subsídio poderia ser contestada pelas

---

9. Essa linha de argumentação foi originalmente desenvolvida em Ocké-Reis (2018).

“classes médias”, que têm certa influência na opinião pública;<sup>10</sup> pelos trabalhadores do setor público, privado e das empresas de economia mista, que perderiam todo ou parte do subsídio; pelas operadoras de planos de saúde, por clínicas e hospitais privados e pelos profissionais de saúde, que perderiam também parte da sua receita, uma vez que o gasto tributário funciona como patrocínio para o consumo de bens e serviços privados.<sup>11</sup>

- 4) No plano institucional, não se pode deixar de registrar que os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário – isto é, o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro – são cobertos por planos privados de saúde ou por formas híbridas como os planos de autogestão, e contam com benefícios da renúncia de arrecadação fiscal. Além disso, seus membros recebem incentivos da União, sob a forma de salário indireto.

Em que pese o realismo desse cenário, para reverter esse quadro, uma alternativa seria aumentar os recursos financeiros e melhorar a qualidade do SUS, bem como ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre os planos empresariais de saúde. O setor público passaria a atrair segmentos da clientela da medicina privada, tendo como resultado a redução dos gastos das famílias e dos empregadores.

Se, de um lado, isso poderia permitir o apoio político para reduzir, eliminar ou focalizar a renúncia, de outro, exigiria que o próprio gasto tributário fosse alocado de forma equitativa na atenção primária (prevenção e vigilância em saúde) e na atenção secundária (exames, consultas especializadas e cirurgias ambulatoriais) para melhorar, substancialmente, as condições de acesso e utilização do SUS. Entretanto, se esse caminho parece crível, sua extensão e profundidade dependem do crescimento da economia, do caráter anticíclico da política fiscal e da primazia da carreira de Estado na gestão dos recursos humanos do SUS.

O que precisa ser verificado é um conjunto de evidências que, neste momento, estão indicando a seguinte constatação: a renúncia da arrecadação fiscal induz o crescimento do mercado de planos de saúde – em detrimento do fortalecimento do SUS – e também gera situação de injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas.

---

10. Analisando as despesas médico-hospitalares das famílias no IRPF, segundo faixas do salário mínimo (SM) mensal, verifica-se que os contribuintes com renda mensal entre três e trinta SMs correspondem a uma maior parcela das deduções com tais gastos, girando em torno de 80% (Unafisco, 2020).

11. Caso as autoridades governamentais decidissem alterar a renúncia fiscal associada ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), os empregadores poderiam sofrer um aumento do custo da mão de obra com o fim do abatimento desse salário indireto, embora com a possibilidade de proteger-se via remarcação de preços.

## 5 LIMITES PARA A DEDUÇÃO?

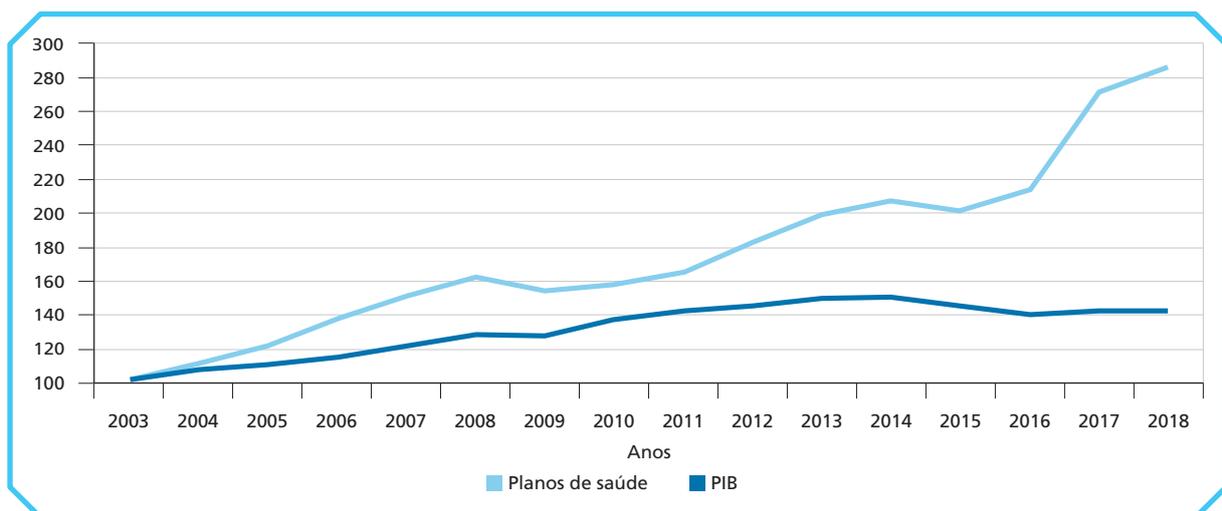
De maneira diversa da área da educação, cujo limite de dedução permaneceu em R\$ 3.561,50 por dependente na DIRPF de 2020 (Como..., 2021), não existe um teto na saúde – a não ser o próprio rendimento tributável do titular do modelo de declaração completo. A ideia de definir um teto para limitar o crescimento exponencial da renúncia a longo prazo pode ser uma medida fiscal e socialmente responsável, desde que se respeitem – obrigatoriamente – determinadas precondições, que poderiam ser adotadas pelo governo federal, como as que veremos a seguir.

- 1) Ampliação dos recursos destinados ao SUS, que hoje se encontra “desfinanciado” (Ipea, 2021), a partir do espaço fiscal aberto com a redução do abatimento.
- 2) Considerando a magnitude da renúncia associada aos gastos com planos de saúde (gráfico 6), regular preço, cobertura e qualidade dos planos empresariais de saúde, que são a maioria do mercado, objetivando garantir o bem-estar e reduzir os gastos das famílias e dos empregadores em geral com bens e serviços privados de saúde.

### GRÁFICO 6

#### Evolução do gasto tributário com planos de saúde<sup>1,2</sup> e do PIB<sup>3</sup> (2003-2018)

(Índice de evolução em termos reais: 2003 = 100)



Fonte: RFB e IBGE.

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> IPCA médio de 2018.

<sup>2</sup> O gasto tributário com planos de saúde foi obtido somando a rubrica “planos de saúde” do IRPF e a rubrica “assistência médica, odontologia e farmacêutica a empregados” do IRPJ.

<sup>3</sup> Deflator implícito (IpeaData).

Obs.: Dados (tabela B.5, apêndice B).

- 3) Uma vez que essa forma de renúncia se aplica de igual modo ao empregador, quando paga parte dos planos de saúde a seus empregados, reduzir esse subsídio não pode ser descartado *a priori* pelas autoridades governamentais. Essas despesas operacionais podem ser abatidas do lucro tributável<sup>12</sup> e sua mitigação deve ter um impacto positivo sobre a arrecadação (a renúncia fiscal da saúde associada ao IRPJ atingiu R\$ 8,3 bilhões em 2018).
- 4) Diminuir deduções concentradas na cauda superior da distribuição de renda, visando desonerar o peso da redução do abatimento das despesas médico-hospitalares sobre as “classes médias”, as quais, em geral, estão submetidas a uma alíquota média efetiva progressiva dentro do IR. Um exemplo de dedução com esse perfil é aquela concedida aos contribuintes decorrentes de acidentes de trabalho e a presença de moléstias graves (Lei nº 7.713/88, art. 6º, XIV), cujo 1% situado no topo da distribuição de rendimentos detém 49% do total da isenção, que totalizou algo em torno de R\$ 15 bilhões em 2019 (Silveira, Fernandes e Passos, 2019).

Considerando-se tais precondições, embora represente, em primeiro exame, um aumento da carga tributária para quem ganha acima de trinta SMS por mês, poder-se-ia adotar um teto para dedução das despesas médicas na DIRPF de 2021 (ano-calendário 2020), de R\$ 9.491,86 com uma estimativa de arrecadação marginal entre R\$ 4,2 e R\$ 4,5 bilhões (apêndice C).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adotando a proposição formulada pelo “modelo lógico”, seria interessante preparar oficinas temáticas e elaborar questionários dirigidos às autoridades governamentais, bem como aos atores atingidos direta ou indiretamente por esse benefício.

Essas ações permitiriam uma percepção mais clara dos limites e possibilidades de eventuais alterações no *modus operandi* da renúncia. Afinal de contas, a renúncia pode gerar situação tão regressiva da ótica das finanças públicas – ao favorecer os estratos superiores de renda e o

---

12. A fonte de informação utilizada para o cálculo da renúncia da despesa com assistência médica, odontológica e farmacêutica da pessoa jurídica é a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ). Nessa declaração, o contribuinte apura a base de cálculo do IRPJ e preenche o valor dessa despesa operacional em um campo específico, equivalendo, na prática, a uma dedução da base de cálculo do IR. A rigor, o cálculo consiste em subtrair a parcela não dedutível do total da despesa operacional com assistência e, sobre esse resultado, aplicar a alíquota específica do IRPJ. Ressalta-se que esse benefício fiscal somente pode ser utilizado por empresas que apuram o IRPJ pela sistemática do lucro real (por definição, a apuração da base de cálculo pela sistemática do lucro presumido não permite deduções).

mercado de planos de saúde – que alguns países impuseram tetos ou desenharam políticas para reduzir ou focalizar sua incidência (OECD, 2004).

Finalmente, além das lacunas não preenchidas nesta avaliação preliminar – que podem ser objeto de futuros estudos na academia, nos institutos de pesquisa ou mesmo pelas autoridades governamentais, entre elas, o impacto da adoção de um limite de redução das despesas com saúde sobre a evasão fiscal dos prestadores médicos-hospitalares –, implementar mudanças ou ajustes na lógica de funcionamento da renúncia fiscal das despesas médico-hospitalares exige a identificação de metas e indicadores de desempenho para se examinar seus impactos fiscais e sociais *a posteriori*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7713.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 dez. 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9250compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250compilado.htm)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012. Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 set. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.844, de 19 de julho de 2013. Alteração da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jul. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12844.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12844.htm)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia. **Deduções do imposto de renda de pessoa física (IRPF) de despesas médicas**. 9. ed. Brasília: Secap, 2019. (Boletim Mensal sobre os Subsídios da União).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Brasília: SPO, 2020. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_2019.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2019.pdf)>. Acesso em: 1 abr. 2021.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ipea, 2010. (Nota Técnica, n. 6).

COMO declarar gastos com educação no imposto de renda 2021? **Imposto de renda e restituição**, fev. 2021. Disponível em: <<https://impostoderendarestituicao.com.br/declaracao-de-despesas-com-educacao-no-imposto-de-renda/>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

FIUZA, E. P. S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **A nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 90).

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise (Saúde). Brasília: Ipea, 2021. (Boletim de Políticas Sociais, n. 28).

MARTINS, N. M.; OCKÉ-REIS, C. O.; DRACH, D. C. **Financeirização dos planos de saúde**: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007-2019). Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. (Texto para Discussão, n. 1).

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2009.

\_\_\_\_\_. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: o caso australiano. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 10, p. 29-35, 2016.

\_\_\_\_\_. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

OCKÉ-REIS, C. O.; FIUZA, E. P. S.; COIMBRA, P. H. H. **Inflação dos planos de saúde (2000-2018)**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica, n. 54).

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. da. **Radiografia do gasto tributário em saúde (2003-2013)**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 19).

OECD – ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Private health insurance in OECD countries**. Paris: OECD, 2004.

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

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SILVEIRA, F. G. **Equidade fiscal**: impactos distributivos da tributação e do gasto social. Brasília: Tesouro Nacional, 2013.

SILVEIRA, F. G.; FERNANDES, R. C.; PASSOS, L. **Benefícios fiscais do imposto sobre a renda da pessoa física e seus impactos redistributivos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica, n. 57).

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Reforma tributária no Brasil: por onde começar? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 3, p. 212-225, 2018.

TUOHY C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

UNAFISCO – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Considerações sobre as deduções de despesas médicas no Imposto sobre a Renda da Pessoa Física**. Brasília: Unafisco, 2020. (Nota Técnica, n. 18).

VIEIRA, F. S.; SANTOS, M. A. B. dos. **O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde**. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2615).

VILARINHO, P. F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 8, n. 4, p. 694-709, 2010.

## APÊNDICE A

## TABELA A.1

## Distribuição do gasto tributário em saúde (2003-2018)

(Em R\$ milhões)

Ano	Despesas médicas		Assistência médica, odontologia e farmacêutica a empregados		Medicamentos		Produtos químicos		Hospitais filantrópicos <sup>2</sup>				Total
	IRPF	Pronon IRPF	IRPJ/CSLL <sup>1</sup>	Pronon IRPJ	PIS/Cofins	IRPJ	PIS	Cofins	IRPJ, CSLL, Cofins	CPP	PIS		
2003	3.745	-	1.162	-	1.122	-	-	-	1.144	1.469	-	8.641	
2004	4.558	-	1.309	-	1.477	-	-	-	1.474	1.697	-	10.515	
2005	4.975	-	1.503	-	1.732	-	-	-	1.353	1.863	-	11.426	
2006	5.776	-	1.721	-	3.433	-	526	-	1.523	1.916	-	14.894	
2007	6.507	-	2.102	-	2.117	-	759	-	1.459	2.205	-	15.148	
2008	7.521	-	2.181	-	2.304	-	788	-	1.763	2.492	-	17.050	
2009	6.794	-	2.277	-	2.673	-	783	-	1.851	2.852	-	17.229	
2010	6.813	-	2.657	-	2.844	-	770	-	2.109	3.184	-	18.376	
2011	7.716	-	2.937	-	2.896	-	681	-	2.258	3.899	-	20.387	
2012	8.756	3	3.345	-	3.510	-	678	-	2.695	4.442	-	23.431	
2013	9.518	7	4.048	61	3.493	8	845	-	3.021	4.783	-	25.786	
2014	10.629	5	4.326	65	4.526	8	509	-	3.229	5.720	286	29.305	
2015	11.588	4	4.506	118	4.725	90	1.894	-	2.872	5.506	275	31.582	
2016	13.165	6	4.948	63	7.064	30	2.465	-	3.587	5.803	290	37.426	
2017	15.070	5	7.578	103	11.444	26	3.286	-	4.710	7.812	391	50.427	
2018	16.817	5	8.344	145	9.052	71	4.131	-	4.947	8.538	427	52.479	

Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB).

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> A partir de 2017 e 2018 foi somada a renúncia associada à Contribuição Social Sobre Lucro Líquido (CSLL), respectivamente, no valor de R\$ 2 bilhões e R\$ 2,2 bilhões.

<sup>2</sup> Em 2014, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela imunidade tributária das entidades filantrópicas em relação à contribuição sobre o Programa Interação Social (PIS). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4046759&numeroProcesso=636941&classeProcesso=RE&numeroTema=432>>.

Obs.: IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física; IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica; Pronon – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica; Pronas – Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência; Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; CPP – Contribuição Previdenciária Patronal.

## APÊNDICE B

**TABELA B.1****Proporção do gasto tributário em saúde sobre o gasto do Ministério da Saúde (MS) e o gasto tributário total (2003-2018)**

(Em R\$ milhões)

Ano	MS <sup>1</sup>		Gasto tributário				Gasto tributário em saúde (%)	
			Total		Saúde		Gasto MS	Gasto tributário total
	Nominal	Real <sup>2</sup>	Nominal	Real <sup>2</sup>	Nominal	Real <sup>2</sup>		
2003	27.181	62.185	38.857	88.897	8.641	19.768	31,8	22,2
2004	32.703	69.535	49.800	105.885	10.515	22.357	32,2	21,1
2005	37.146	74.728	56.429	113.522	11.426	22.986	30,8	20,2
2006	40.750	79.482	81.240	158.457	14.894	29.051	36,6	18,3
2007	44.303	82.726	102.673	191.715	15.148	28.285	34,2	14,8
2008	48.670	85.814	114.755	202.333	17.050	30.061	35,0	14,9
2009	58.270	98.494	116.098	196.240	17.229	29.122	29,6	14,8
2010	61.965	98.896	135.861	216.833	18.376	29.329	29,7	13,5
2011	72.332	108.392	152.441	228.438	20.387	30.550	28,2	13,4
2012	80.063	113.359	181.747	257.330	23.431	33.176	29,3	12,9
2013	83.053	111.030	223.310	298.533	25.786	34.472	31,0	11,5
2014	91.899	115.457	257.223	323.163	29.305	36.818	31,9	11,4
2015	100.055	113.581	277.140	314.607	31.582	35.852	31,6	11,4
2016	106.236	113.463	264.687	282.695	37.426	39.972	35,2	14,1
2017	114.701	118.997	287.936	298.721	50.427	52.316	44,0	17,5
2018	116.821	116.821	295.600	295.600	52.479	52.479	44,9	17,8

Fonte: MS e Receita Federal do Brasil (RFB).

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Despesas com ações e serviços públicos de saúde, em conformidade com a Lei Complementar (LC) nº 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional (EC) nº 29.<sup>2</sup> Corrigido para 2018 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.

**TABELA B.2****Gasto tributário em saúde, segundo fontes (2003-2018)**

(Em R\$ milhões)

Ano	IRPF		IRPJ		Medicamentos e produtos químicos		Hospitais filantrópicos		Total	
	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>
2003	3.745	8.567	1.162	2.658	1.122	2.566	2.613	5.978	<b>8.641</b>	<b>19.768</b>
2004	4.558	9.692	1.309	2.783	1.477	3.140	3.171	6.742	<b>10.515</b>	<b>22.357</b>
2005	4.975	10.009	1.503	3.024	1.732	3.485	3.215	6.469	<b>11.426</b>	<b>22.986</b>
2006	5.776	11.266	1.721	3.357	3.958	7.721	3.439	6.708	<b>14.894</b>	<b>29.051</b>
2007	6.507	12.149	2.102	3.925	2.876	5.370	3.664	6.841	<b>15.148</b>	<b>28.285</b>
2008	7.521	13.262	2.181	3.846	3.092	5.451	4.255	7.503	<b>17.050</b>	<b>30.061</b>
2009	6.794	11.484	2.277	3.848	3.456	5.841	4.703	7.949	<b>17.229</b>	<b>29.122</b>
2010	6.813	10.874	2.657	4.240	3.614	5.767	5.293	8.448	<b>18.376</b>	<b>29.329</b>
2011	7.716	11.563	2.937	4.401	3.576	5.359	6.157	9.227	<b>20.387</b>	<b>30.550</b>
2012	8.762	12.405	3.345	4.736	4.188	5.930	7.137	10.105	<b>23.431</b>	<b>33.176</b>
2013	9.527	12.737	4.117	5.504	4.338	5.799	7.804	10.433	<b>25.786</b>	<b>34.472</b>
2014	10.637	13.364	4.399	5.527	5.034	6.325	9.234	11.601	<b>29.305</b>	<b>36.818</b>
2015	11.595	13.163	4.714	5.352	6.619	7.514	8.653	9.823	<b>31.582</b>	<b>35.852</b>
2016	13.175	14.071	5.042	5.385	9.528	10.177	9.681	10.339	<b>37.426</b>	<b>39.972</b>
2017	15.078	15.643	7.707	7.996	14.730	15.282	12.912	13.396	<b>50.427</b>	<b>52.316</b>
2018	16.825	16.825	8.560	8.560	13.183	13.183	13.911	13.911	<b>52.479</b>	<b>52.479</b>

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Nota: <sup>1</sup> Corrigido para 2018 pelo IPCA médio.

**TABELA B.3****IRPF: gasto tributário em saúde, segundo tipo de gasto (2003-2018)**

(Em R\$ milhões)

Ano	Hospitais e clínicas (Brasil)		Hospitais e clínicas (exterior)		Planos de saúde		Profissionais de saúde (Brasil)		Profissionais de saúde (exterior)		Total	
	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>
2003	715	1.636	14	33	1.940	4.439	1.020	2.335	55	125	<b>3.745</b>	<b>8.567</b>
2004	870	1.851	17	37	2.362	5.022	1.242	2.641	66	141	<b>4.558</b>	<b>9.692</b>
2005	897	1.805	16	31	2.736	5.504	1.268	2.551	58	117	<b>4.975</b>	<b>10.009</b>
2006	1.055	2.057	16	32	3.232	6.304	1.414	2.759	58	114	<b>5.776</b>	<b>11.266</b>
2007	1.535	2.867	25	46	3.586	6.696	1.173	2.190	188	351	<b>6.507</b>	<b>12.149</b>
2008	1.818	3.205	30	52	4.309	7.597	1.247	2.198	118	209	<b>7.521</b>	<b>13.262</b>
2009	1.511	2.554	13	22	4.132	6.984	1.100	1.860	38	64	<b>6.794</b>	<b>11.484</b>
2010	1.318	2.103	10	16	4.318	6.892	1.157	1.846	10	16	<b>6.813</b>	<b>10.874</b>
2011	1.586	2.377	12	17	4.830	7.238	1.282	1.921	6	9	<b>7.716</b>	<b>11.563</b>
2012	1.615	2.286	12	17	5.773	8.173	1.351	1.913	5	7	<b>8.756</b>	<b>12.397</b>
2013	1.675	2.239	14	19	6.459	8.635	1.365	1.824	5	7	<b>9.518</b>	<b>12.724</b>
2014	1.839	2.311	13	16	7.339	9.221	1.433	1.800	5	7	<b>10.629</b>	<b>13.354</b>
2015	2.125	2.412	15	17	8.014	9.097	1.427	1.620	7	8	<b>11.588</b>	<b>13.154</b>
2016	2.433	2.599	18	19	9.202	9.828	1.504	1.607	8	9	<b>13.165</b>	<b>14.060</b>
2017	2.460	2.552	16	17	10.974	11.385	1.612	1.672	7	8	<b>15.070</b>	<b>15.634</b>
2018	3.058	3.058	20	20	11.950	11.950	1.778	1.778	11	11	<b>16.817</b>	<b>16.817</b>

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Nota: <sup>1</sup> Corrigido para 2018 pelo IPCA médio.

**TABELA B.4****Crescimento real:<sup>1</sup> gasto tributário em saúde<sup>2</sup> e produto interno bruto (PIB)<sup>3</sup> (2003-2018)**

(Em R\$ milhões)

Ano	Gasto tributário em saúde			PIB		
	Nominal	Real	Índice	Nominal	Real	Índice
2003	8.641	19.768	100	1.717.950	4.884.844	100
2004	10.515	22.357	113	1.957.751	5.166.209	106
2005	11.426	22.986	116	2.170.585	5.331.638	109
2006	14.894	29.051	147	2.409.450	5.542.877	113
2007	15.148	28.285	143	2.720.263	5.879.322	120
2008	17.050	30.061	152	3.109.803	6.178.826	126
2009	17.229	29.122	147	3.333.039	6.171.052	126
2010	18.376	29.329	148	3.885.847	6.635.623	136
2011	20.387	30.550	155	4.376.382	6.899.351	141
2012	23.431	33.176	168	4.814.760	7.031.900	144
2013	25.786	34.472	174	5.331.619	7.243.196	148
2014	29.305	36.818	186	5.778.953	7.279.698	149
2015	31.582	35.852	181	5.995.787	7.021.577	144
2016	37.426	39.972	202	6.269.328	6.791.556	139
2017	50.427	52.316	265	6.583.319	6.879.143	141
2018	52.479	52.479	265	6.889.176	6.889.176	141

Fonte: RFB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Base 100 = 2003.<sup>2</sup> Corrigido para 2018 pelo IPCA médio.<sup>3</sup> Deflator implícito (IpeaData).

**TABELA B.5****Crescimento real: gasto tributário com planos de saúde e PIB (2003-2018)**

(Em R\$ milhões)

Ano	Planos de saúde							PIB		
	IRPF (A)		IRPJ (B)		Total (C = A + B)			Nominal	Real <sup>2</sup>	Índice
	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Nominal	Real <sup>1</sup>	Índice			
2003	1.940	4.439	1.162	2.658	3.102	7.097	100	1.717.950	4.884.844	100
2004	2.362	5.022	1.309	2.783	3.671	7.805	110	1.957.751	5.166.209	106
2005	2.736	5.504	1.503	3.024	4.239	8.528	120	2.170.585	5.331.638	109
2006	3.232	6.304	1.721	3.357	4.953	9.661	136	2.409.450	5.542.877	113
2007	3.586	6.696	2.102	3.925	5.688	10.620	150	2.720.263	5.879.322	120
2008	4.309	7.597	2.181	3.846	6.490	11.443	161	3.109.803	6.178.826	126
2009	4.132	6.984	2.277	3.848	6.409	10.833	153	3.333.039	6.171.052	126
2010	4.318	6.892	2.657	4.240	6.975	11.132	157	3.885.847	6.635.623	136
2011	4.830	7.238	2.937	4.401	7.767	11.640	164	4.376.382	6.899.351	141
2012	5.773	8.173	3.345	4.736	9.118	12.909	182	4.814.760	7.031.900	144
2013	6.459	8.635	4.048	5.412	10.507	14.047	198	5.331.619	7.243.196	148
2014	7.339	9.221	4.326	5.435	11.665	14.656	207	5.778.953	7.279.698	149
2015	8.014	9.097	4.506	5.115	12.520	14.212	200	5.995.787	7.021.577	144
2016	9.202	9.828	4.948	5.285	14.150	15.112	213	6.269.328	6.791.556	139
2017	10.974	11.385	7.578	7.862	18.552	19.247	271	6.583.319	6.879.143	141
2018	11.950	11.950	8.344	8.344	20.294	20.294	286	6.889.176	6.889.176	141

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Corrigido para 2018 pelo IPCA médio.<sup>2</sup> Deflator implícito (IpeaData).

**TABELA B.6**  
**Indicadores econômicos (2003-2018)**

Ano	Fator correção inflação <sup>1</sup>	PIB <sup>2</sup> nominal (R\$ bilhões)	Deflator implícito PIB <sup>3</sup>	Fator correção PIB	PIB real (R\$ bilhões)
2003	2,288	1.717,95	14,09	2,843	4.884,84
2004	2,126	1.957,75	7,75	2,639	5.166,21
2005	2,012	2.170,58	7,43	2,456	5.331,64
2006	1,950	2.409,45	6,77	2,300	5.542,88
2007	1,867	2.720,26	6,44	2,161	5.879,32
2008	1,763	3.109,80	8,78	1,987	6.178,83
2009	1,690	3.333,04	7,31	1,851	6.171,05
2010	1,596	3.885,85	8,42	1,708	6.635,62
2011	1,499	4.376,38	8,32	1,576	6.899,35
2012	1,416	4.814,76	7,94	1,460	7.031,90
2013	1,337	5.331,62	7,50	1,359	7.243,20
2014	1,256	5.778,95	7,85	1,260	7.279,70
2015	1,135	5.995,79	7,57	1,171	7.021,58
2016	1,068	6.269,33	8,10	1,083	6.791,56
2017	1,037	6.583,32	3,67	1,045	6.879,14
2018	1,000	6.889,18	4,49	1,000	6.889,18

Fonte: IPCA, IBGE e IpeaData.

Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Os fatores de correção foram calculados a partir da variação entre as médias anuais do IPCA.

<sup>2</sup> PIB a preços de mercado, Contas Trimestrais (IBGE).

<sup>3</sup> IpeaData.

## APÊNDICE C

### 1ª parte

O teto foi construído levando em conta os seguintes parâmetros reunidos a seguir.

- i) Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF/IBGE)

A estimativa da despesa anual familiar em saúde, considerando 2,5 dependentes do último décimo de renda, foi de aproximadamente R\$ 11.283,00 (R\$ 376,10 x 2,5 x 12).

**TABELA C.1**  
POF/IBGE

Décimos	Renda mensal familiar per capita (R\$)	Despesa total mensal familiar per capita (R\$)	Despesa mensal familiar em saúde (R\$)	Despesa mensal per capita per capita de saúde (R\$)	Despesa mensal familiar per capita com planos de saúde (R\$)	Gasto saúde no orçamento (%)	Gasto plano nas despesas em saúde (%)	População domiciliada com gasto positivo com planos (%)
1	212,05	318,51	15,99	0,54	5,00	3,30	2,20	
2	409,31	474,93	24,66	1,90	5,20	7,70	5,90	
3	581,62	609,57	36,69	2,76	6,00	7,50	8,40	
4	761,38	739,30	46,70	5,07	6,30	10,80	13,00	
5	962,18	923,76	55,49	7,51	6,00	13,50	18,30	
6	1.195,80	1.086,85	74,47	12,40	6,90	16,70	23,70	
7	1.490,74	1.339,50	91,96	17,92	6,90	19,50	29,90	
8	1.934,19	1.723,63	113,55	28,96	6,60	25,50	39,10	
9	2.818,05	2.443,90	170,91	59,45	7,00	34,80	50,00	
10	7.717,58	5.773,70	376,10	181,38	6,50	48,20	69,60	
<b>Total</b>	<b>1.808,46</b>	<b>1.543,49</b>	<b>100,66</b>	<b>31,79</b>	<b>6,50</b>	<b>31,60</b>	<b>26,00</b>	

Fonte: POF/IBGE (2017-2018).

Elaboração do autor.

## TEXTO para DISCUSSÃO

### ii) Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad/RFB)

Considerando o ano-calendário de 2018, os titulares que declararam o IRPF no modelo completo e os titulares que ganhavam acima de R\$ 55.976,16, a despesa médica *per capita* dos titulares nessa faixa da base de cálculo foi de R\$ 12.094,22.

### TABELA C.2

#### DIRPF 2019: declarações por faixa de base de cálculo anual, modelo completo (ano-calendário 2018)

Base de cálculo	Despesa médica (R\$ milhões)	Declarantes	Despesa médica <i>per capita</i> (R\$)
Acima de 55.976,16	45.800	3.786.932	12.094,22

Fonte: Cetad/RFB.  
Elaboração do autor.

### iii) Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco Nacional)

Considerando o ano-calendário de 2019 e os declarantes do IRPF que ganham entre vinte e trinta salários mínimos (SMs) por mês, a despesa médica *per capita* anual dos declarantes nessa faixa salarial foi de R\$ 10.435,99.

### TABELA C.3

#### IRPF: despesa médica *per capita*, vinte a trinta SMs (2020)

Salários mínimos	Despesa médica (R\$ milhões)	Declarantes	Despesa médica <i>per capita</i> (R\$)
De 20 a 30	11.587	1.110.292	10.435,99

Fonte: Unafisco.  
Elaboração do autor.

### iv) SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e IBGE

Em 2019, considerando o total da despesa empenhada em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nas três esferas de governo, que alcançou aproximadamente R\$ 284,6 bilhões, e considerando a estimativa anual do tamanho da população em torno de 210,1 milhões de pessoas, temos que o gasto *per capita* anual no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de aproximadamente R\$ 1.354,60.

### TABELA C.4

#### SUS: despesa *per capita* anual (2019)

Ano	União, estados e municípios Despesa empenhada ASPS (R\$ milhões)	Brasil/população	Despesa <i>per capita</i> (R\$)
2019	284.600	210.100.000	1.354,60

Fonte: SIOPS (corrigido) e IBGE.  
Elaboração do autor.

- v) Diante de tais parâmetros, os valores apresentados nos itens iii e iv foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>1</sup> para 2020 (a inflação de janeiro a dezembro foi de 4,52%)

As famílias mais bem situadas na distribuição de renda, sem ponderar por utilização, acabam recebendo mais do governo federal em termos *per capita*. Para ajustar essa distorção, subtraímos o ponto de corte do teto (R\$ 10.907,69) por um fator de correção SUS (R\$ 1.415,83) e chegamos ao valor do teto: R\$ 9.491,86.<sup>2</sup>

### TABELA C.5

#### IRPF: teto para dedução das despesas médicas (2020)

(Em R\$)

	2019	2020
Despesa <i>per capita</i>	10.435,99	10.907,69
Fator SUS	1.354,60	1.415,83
<b>Teto</b>	-	<b>9.491,86</b>

Fonte: SIOPS, IBGE e Unafisco.

Elaboração do autor.

Obs.: Índice IPCA corrigido para 2020.

### 2ª parte

A estimativa de arrecadação foi construída levando em conta os seguintes parâmetros.

- vi) Unafisco Nacional

Considerando o ano-calendário de 2019 e a estimativa da renúncia dos declarantes do IRPF que ganhavam mais de trinta SMs por mês, o governo passaria a arrecadar R\$ 4,02 bilhões. Corrigindo esse valor pelo IPCA de 2020 (4,52%), o potencial de arrecadação seria de R\$ 4,2 bilhões.

1. Caso se queira estimar o teto acompanhando a evolução dos preços para o consumidor na área da saúde, poder-se-ia também corrigir tais valores pelo IPCA (saúde e cuidados pessoais) ou ainda pelo índice relacionado aos planos de saúde, que segundo a última POF respondeu aproximadamente por 50% dos gastos das famílias.

2. Se multiplicamos o teto da educação (R\$ 3.561,50) por dependente na DIRPF de 2020 (ano-calendário 2019) por 2,5 (número de dependentes do décimo superior de renda da POF) alcançamos o montante de R\$ 8.903,75. Se deflacionarmos essa estimativa do teto da educação pelo IPCA de 2020 (R\$ 9.305,96), chegaríamos a um valor próximo do teto da saúde (R\$ 9.491,86).

**TABELA C.6****IRPF: estimativa de arrecadação a partir do limite de dedução das despesas médicas (2019)**

Salários mínimos	Arrecadação (R\$ milhões)
De 30 a 40	1.568,33
De 40 a 60	1.181,21
De 60 a 80	375,55
De 80 a 160	377,54
De 160 a 240	91,63
De 240 a 320	65,22
Mais de 320	365,09
<b>Total</b>	<b>4.024,57</b>

Fonte: Unafisco.

Elaboração do autor.

vii) Boletim Mensal dos Subsídios da União (Secap), Ministério da Economia (Secretaria Especial da Fazenda)

Segundo o estudo da Secap, o valor da projeção da renúncia fiscal associada às despesas médico-hospitalares foi de R\$ 18 bilhões em 2020. Por sua vez, a partir do resultado apresentado pelo estudo da Unafisco, sabe-se que o montante a ser arrecadado equivalia a 25,07% da estimativa de renúncia a partir dos estratos superiores de renda. Aplicando esse percentual sobre a projeção da Secap, calcula-se uma arrecadação aproximadamente de R\$ 4,5 bilhões.

**TABELA C.7****IRPF: percentual de arrecadação a partir do limite de dedução das despesas médicas (2019)**

Salários mínimos	Projeção renúncia (R\$ milhões)	Arrecadação (R\$ milhões)	%
De 1/2 a mais de 320	16.055,80	4.024,57	25,07

Fonte: Unafisco, disponível em: <<https://unafisconacional.org.br/wp-content/uploads/2020/10/nt-18.pdf>>.

Elaboração do autor.

**TABELA C.8****IRPF: arrecadação a partir do limite de dedução das despesas médicas (2020)**

Projeção renúncia (R\$ milhões)	%	Arrecadação (R\$ milhões)
18.000,00	25,07	4.512,60

Fonte: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (2019). Ministério da Economia (ME).

Elaboração do autor.

## EDITORIAL

### **Chefe do Editorial**

Reginaldo da Silva Domingos

### **Supervisão**

Carlos Henrique Santos Vianna

### **Revisão**

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Lis Silva Hall

Mariana Silva de Lima

Marlon Magno Abreu de Carvalho

Vivian Barros Volotão Santos

Matheus Tojeiro da Silva (estagiário)

Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos (estagiária)

### **Editoração**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Mayara Barros da Mota (estagiária)

### **Capa**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

### **Projeto Gráfico**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

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

Livraria Ipea

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

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: [livraria@ipea.gov.br](mailto:livraria@ipea.gov.br)

## **Missão do Ipea**

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



**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA  
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL