

Relatório de Avaliação

Aposentadoria por Moléstia Grave ou Acidente

Ciclo 2020

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE SUBSÍDIOS DA UNIÃO

Ciclo CMAP
2020

Política avaliada
Aposentadoria por Moléstia Grave ou Acidente

Coordenador e Executor da avaliação
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Supervisor da avaliação
Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria

Informações:

Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria
Tel: (61) 3412-2358/2360

Home Page:

<https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/>

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo deste relatório desde que mencionada a fonte.

Lista de siglas e abreviaturas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMAG – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos
CMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CMAS – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União
DIRPF - Grandes Números da Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física
D-TISS – Dados de Troca de Informações da Saúde Suplementar
GHDx – Global Health Data Exchange
GT – Gastos Tributários – Bases Efetivas
ICD – International Classification of Diseases
IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física
ME – Ministério da Economia
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
RFB – Receita Federal do Brasil
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RI – Rendimentos Isentos
RPPS – Regime Próprio da Previdência Social
RTB – Rendimento Tributável Bruto
RTE – Rendimentos com Tributação Exclusiva
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira
SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIHSU – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de tabelas

Tabela 1: Renúncia estimada e valores declarados, R\$ bilhões.....	10
Tabela 2: Resumo dos dados CMAP.....	11
Tabela 3: Principais características da distribuição, por estrato e população de declarantes, ac 2017.....	14
Tabela 4: Coeficientes de Gini e Concentração para variáveis de interesse.....	17
Tabela 5: Média dos centésimos para todos declarantes e beneficiários, por intervalo de renda, ac 2017.	19
Tabela 6: Arrecadação adicional com o fim da isenção MG, R\$ milhões.....	24
Tabela 7: Impacto distributivo do fim da isenção de moléstia grave.	25
Tabela 8: Arrecadação adicional com o fim da isenção MG, R\$ milhões – Base de beneficiários.	26
Tabela 9: Impacto distributivo do fim da isenção de moléstia grave – Base de beneficiários. ...	27
Tabela 10: Correspondência das moléstias condicionantes para isenção com a CID-10.	29
Tabela 11: Incidência e prevalência populacional no Brasil de doenças selecionadas.....	34
Tabela 12: Gastos das operadoras de planos com o tratamento das morbidades.....	36
Tabela 13: Gastos do SUS com internações hospitalares (milhões R\$), população com 60 anos ou mais.	39
Tabela 14: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos que exigem autorização prévia (APAC), população com 60 anos ou mais.....	41
Tabela 15: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos sem exigência de autorização prévia (BPA-I), 60 anos ou mais	42
Tabela A.1: Gastos do SUS com internações hospitalares (milhões R\$).....	46
Tabela A.2: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos que exigem autorização prévia (APAC).	47
Tabela A.3: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos sem exigência de autorização prévia (BPA-I).....	48

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Alíquota efetiva da tributação, por centésimo – Todos os declarantes.....	13
Gráfico 2: Proporção do total de declarantes e rendimentos de moléstia grave por centésimo.	15
Gráfico 3: Alíquota efetiva da tributação, por centésimo – Beneficiários.....	16
Gráfico 4: Proporção de declarantes de desconto simplificado.	18
Gráfico 5: Proporção de declarantes de parcela isenta.	20
Gráfico 6: Parcela isenta por declarante em proporção da renda média.....	21
Gráfico 7: Proporção de declarantes de despesas médicas.....	21
Gráfico 8: Despesas médicas por declarante em proporção da renda média.....	22
Gráfico 9: Isenção MG por declarante em proporção da renda média.	23
Gráfico 10: Imposto devido em proporção da renda total.	24
Gráfico 11: Alíquota efetiva por centésimo de acordo com o modo de tributação.	25
Gráfico 12: Alíquota efetiva por centésimo de acordo com o modo de tributação – Base de beneficiários.	27
Gráfico 13: Comparação de alíquotas efetivas por grupos.....	28
Gráfico 14: Incidência de AIDS por 100.000 habitantes, total e 60 anos ou mais.	30
Gráfico 15: Incidência de Hanseníase por 100.000 habitantes, total e 80 anos ou mais.	31
Gráfico 16: Incidência de Hanseníase por 100.000 habitantes, total e 80 anos ou mais.	31
Gráfico 17: Evolução da Incidência de doenças cardiovasculares por 100.000 habitantes (2010 = 100).	32
Gráfico 18: Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde em vigilância em saúde (2010-2019, Em R\$ milhões de 2019).	37

Sumário

1	Introdução	7
2	Análise dos dados tributários	9
2.1	Contextualização	10
2.2	Análise do perfil dos contribuintes	11
2.2.1	Análise vertical	12
2.2.2	Análise horizontal.....	18
2.2.3	Impacto da retirada do benefício.....	24
3	Perfil dos doentes: incidência e prevalência das moléstias na população	28
4	Gastos na prevenção e no tratamento das moléstias.....	35
4.1	Gastos privados	35
4.2	Os gastos vigilância epidemiológica - prevenção e monitoramento das moléstias ...	37
4.3	Internações e atenção ambulatorial	37
4.3.1	Gastos com internações hospitalares	38
4.3.2	Gastos ambulatoriais.....	40
5	Principais achados, conclusões e recomendações.....	43
	Referências bibliográficas	44
	Apêndice A	46

1 Introdução

O presente relatório trata da avaliação da isenção do imposto de renda da pessoa física das aposentadorias e pensões motivadas por acidente e por moléstia profissional e para os portadores de um rol de doenças. Na verdade, nessa lista encontram-se o que se pode denominar agravos, como no caso da contaminação por radiação. Há na lista, doenças com definição muito abrangente, ou seja, contemplando vários códigos de doença (CID) como no caso das cardiopatias e nefropatias, cuja adjetivação de grave, dada na lei não tem a qualidade de discriminar melhor as manifestações que se deseja contemplar.

A isenção é prevista no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/1988 e pode-se depreender que tem por hipótese subjacente a ideia de que os portadores dessas doenças incorrem em gastos extras para o tratamento que podem implicar a redução de outros gastos essenciais – alimentação e habitação. Para que essa hipótese se sustente há que, de um lado, destinar esse benefício aos portadores de doenças caracterizadas pela cronicidade, continuidade e alto custo de tratamento. Não se observa, todavia, no rol das doenças essas características em algumas delas e para outras não se tem uma delimitação mais clara, incluindo, assim, certas categorias das doenças que não tem essas características.

Por outro lado, para aquelas doenças que contam com essas características deve-se verificar se sua cronicidade e seu tratamento implicam de fato gastos extraordinários de montante suficiente para colocar em xeque a manutenção do orçamento doméstico. O que se observa com base em estudos sobre o gasto em saúde no país, notadamente para doenças crônicas, é que o chamado gasto *out-of-pocket* – o diretamente despendido pelas famílias – se mostra pouco expressivo, com o sistema único de saúde e os planos de saúde respondendo pela quase totalidade do consumo de procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Ademais, como se mostrará, os beneficiários da isenção contam com rendimentos expressivos, percebendo de outras fontes parcela importante da renda total.

Assim, para se avaliar tal benefício deve-se identificar quem são os beneficiários, apurando sua renda total, a importância e magnitude da renda isenta e do benefício, sua localização na distribuição de renda, de qual regime previdenciário (RGPS, RPPSs) recebem, que doenças são portadores e a duração média do benefício. A concessão pela Receita Federal de dados agregados por centésimos da renda total para toda a população declarante e para o subconjunto dos beneficiários para um conjunto expressivo de variáveis (quantidades de declarantes, rendas, deduções e imposto) para os anos calendário 2016 e 2017 permitiram responder as primeiras perguntas de caracterização do público beneficiado. Com isso, ficou claro que o benefício se concentra no topo de distribuição de renda pessoal, estimando-se que 2/3 do volume do benefício é apropriado por pessoas que se encontram nos 5% mais ricos da população.

Duas informações muito importantes não foram acessadas: a distribuição por moléstias e por regime previdenciário. A primeira não se encontra disponível na Receita Federal, bem como para o RGPS. No caso da distribuição por regime previdenciário não se obteve resposta da Secretaria de Previdência para o RGPS e para o RPPS. O Ipea conta com base de dados do gasto com pessoal do executivo federal, mas decidiu-se recorrer ao órgão gestor da política para essa distinção, já que o manuseio da base presente no Ipea cobriria somente uma parte dos beneficiários. Há, ainda, a possibilidade de solicitar à Receita os beneficiários segundo fonte pagadora que são as instituições de cada regime, mas essa via pode implicar em problemas de sigilo e se buscou concentrar os esforços junto à Receita para a base de beneficiários com as variáveis padrão da divulgação do DIRPF.

De todo modo, os aspectos mais importantes na avaliação, que são o impacto redistributivo do benefício e o potencial de arrecadação caso seja extinto, foram contemplados com base nos dados franqueados pela Receita Federal.

A segunda grande pergunta é conhecer a população com as morbidades, especialmente a idosa, uma vez que o benefício é concedido a aposentados e pensionistas. No levantamento desenvolvido junto às bases de dados de doenças de notificação obrigatória – entre as quais crônicas transmissíveis como tuberculose, AIDS e Hanseníase –, às estimativas da prevalência e incidência de doenças crônicas como cardiopatias, nefropatias e neoplasia e aos estudos sobre o perfil epidemiológico de doenças cobertas pela isenção, apurou-se o quadro dessas doenças na população e entres os idosos. São apresentadas as estimativas de incidência e de prevalência das principais doenças elencadas na lei, bem como o perfil sociodemográfico de algumas das morbidades. Fica patente que há doenças mais prevalentes entre os mais pobres e outras cuja presença é maior nos estratos educacionais superiores. Estimou-se que 5% dos doentes idosos são contemplados pela isenção, mostrando a baixa cobertura dessa política.

Em terceiro, buscou-se apurar o gasto com o tratamento dessas moléstias realizados pelo estado, pelos planos de saúde e diretamente pelas famílias. Com isso, pode-se, de um lado, avaliar se há o risco de gastos catastróficos com tais doenças, pressuposto, como dito, da lei. De outro, cotejar esses montantes com o gasto tributário decorrente do benefício. Deve-se atentar para outra rubrica do gasto público relacionada com essas doenças, mas voltado à vigilância epidemiológica das doenças crônicas, especialmente, as transmissíveis, e ao combate dos fatores de risco das doenças crônicas de grande prevalência – Diabetes, Cardiopatias e Neoplasias. Verificou-se que o gasto tributário representa, grosso modo, o mesmo valor que todo o dispêndio federal com vigilância epidemiológica e com hospitalizações e tratamentos ambulatoriais de média e alta complexidade com essas doenças na população com 60 anos e mais.

Há ainda outro elemento da avaliação que pode ser sintetizada na seguinte questão: a pouca clareza da lei quanto à definição das moléstias ao não as correlacionar às codificações técnicas das doenças, não implica em flexibilização das regras de concessão e na judicialização das demandas? Soma-se a isso a possibilidade de médicos não peritos e com atuação predominantemente privada emitirem os laudos médicos para o pedido de isenção, o que pode ocasionar certa frouxidão na concessão, ao tratar como doenças situação que tecnicamente não o são, e a impossibilidade da cessão do benefício quando da cura ou ausência de sintomas da doença.

O uso do termo moléstias graves, presente nos documentos oficiais como no relatório de gastos tributários da Receita Federal, é inadequado para delimitar doenças cujos portadores podem ser beneficiados pela isenção. Ademais, a lista das ditas moléstias traz além de doenças (enfermidade ou estado clínico que represente ou possa representar um dano significativo ao portador), o chamado agravo, cuja abrangência é maior que a doença (qualquer dano à integridade física, mental e social do indivíduo provocado por acidentes, intoxicações, abuso de drogas ou lesões). Em razão disso a relação entre as moléstias discriminadas na lei e o código internacional de doenças não é direto, com algumas das chamadas moléstias não tendo correspondência por serem claramente agravos e outras cobrindo um amplo leque de doenças, algumas que não podem ser consideradas graves. Tal situação, ou seja, a não associação entre as moléstias e as definições técnicas (médicas) empregadas implica, primeiramente, judicialização do processo de concessão e, por fim, flexibilização na concessão do benefício.

Não se encontra razão para que não se tenha adotado procedimento semelhante ao realizado pela previdência social para a concessão de benefícios ligados a doença, acidente de trabalho e invalidez, como o Nexo Técnico Epidemiológico. A delimitação das doenças objeto da concessão

com seus relativos códigos (CID 10) é fundamental para que a concessão se dirija àqueles que clinicamente são portadores dessas moléstias.

A Procuradoria da Fazenda Nacional repassou uma base de dados onde consta os processos relativos à concessão de isenção prevista no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88. Foram separados em quatro aspectos da aplicação da lei: laudo médico oficial; contemporaneidade dos sintomas; doença contraída após aposentadoria e termo inicial. Depurando os processos que contêm mais de um desses elementos e a duplicidade daqueles que se encontram em instâncias superiores, contabilizaram-se 3.816 processos monitorados pela PGFN. Como aponta em resposta à solicitação da base, esses temas já estão pacificados na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. Essa flexibilização na concessão decorrente de decisões do judiciário se reflete nos Atos Declaratórios da PGFN nº 3/2016 e nº 5/2016, isso antes da pacificação acima mencionada, de aceitação da cegueira monocular e a não necessidade da continuidade de sintomas para a concessão da isenção.

O principal tema presente nos processos é a questão do laudo pericial que, como já referido, pode ser emitido por todo médico que tenha alguma atuação junto ao setor público. Assim, abre-se a possibilidade de a isenção ser concedida sem que o paciente faça parte da atenção primária do SUS, ou seja, a porta de entrada do benefício não é necessariamente o setor público, com seus médicos e peritos. Concretamente, do total de processos, esse tema está presente em 59% destes, com as questões relativas à contemporaneidade dos sintomas e ao surgimento da moléstia posteriormente à aposentadoria presentes em, respectivamente, 23% e 20% dos processos.

A presente avaliação está organizada com base nas 3 perguntas chaves: na seção 2 – análise dos dados tributários – se busca responder quem são os beneficiários; na seção 3 – perfil dos doentes: incidência e prevalência das moléstias na população – estima, com base nos dados e estudos disponíveis, quantos e quem são os doentes, especialmente os idosos; a pergunta quem e quanto se dispense com essas doenças está contemplada na seção 4 – gastos na prevenção e no tratamento das moléstias. Por último, são apresentados os principais achados e as conclusões que se chegou, resultando na recomendação de se abolir com a isenção, ou seja, pela revogação do inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88.

2 Análise dos dados tributários

Nesta seção será exposto o mapeamento a respeito dos beneficiários da isenção por moléstia grave. Esse mapeamento foi feito a partir dos dados fornecidos pela Receita Federal (RFB), contendo tabulações relativas aos principais atributos dos contribuintes do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), com um recorte específico para os beneficiários da isenção, de modo a permitir um diagnóstico desses beneficiários sob a dimensão de sua capacidade econômica.

Dessa forma, a análise dos dados tributários busca responder aos seguintes questionamentos:

- Qual o público beneficiado pela política?
- Qual a renda total, isenta, com tributação exclusiva e tributada progressivamente desse público?
- Qual o impacto redistributivo do benefício?
- Quantos são beneficiados da isenção por moléstias?
- Quais são os gastos com assistência saúde dos atuais beneficiários da isenção?

- Qual seria o impacto líquido do fim da isenção, considerando o perfil do contribuinte, notadamente das deduções em assistência à saúde?

2.1 Contextualização

Conforme pontuado na introdução, a isenção por moléstia grave é um benefício concedido aos contribuintes do IRPF que atendem às condições previstas pelo inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/1988, conforme se lê a seguir:

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

[...]

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

Assim, pode-se observar a intenção do legislador em conceder um alívio tributário aos contribuintes do IRPF portadores das moléstias graves elencadas, considerando que estes incorrem em um custo médico adicional para a manutenção de seu bem-estar e que, portanto, tal desproporção deveria ser considerada pela legislação na forma de um tratamento tributário diferenciado para esse grupo.

No que se refere à dimensão do usufruto desse benefício e o custo implícito para a administração tributária, estas informações estão disponíveis nos relatórios dos Grandes Números da Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF)¹ e dos Gastos Tributários – Bases Efetivas (GT)², ambos publicados anualmente pela RFB.

Tabela 1: Renúncia estimada e valores declarados, R\$ bilhões.

Ano	Renúncia (GT)	Rend. Isento (DIRPF)	Renúncia/Rend. isento
2008	5,5	22,6	24,4%
2009	5,6	24,4	23,1%
2010	6,2	26,4	23,4%
2011	7,0	28,4	24,5%
2012	7,2	31,0	23,2%
2013	7,9	33,6	23,6%
2014	9,0	37,9	23,8%
2015	10,6	41,9	25,3%
2016	11,8	46,9	25,2%
2017	12,9	53,5	24,2%
2018	14,4	60,3	23,9%

Fonte: RFB/ME.

¹ Disponíveis em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/grandes-numeros-dirpf-capa>.

² Disponíveis em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/bases-efetivas-new/?_authenticator=a3e9f0d2f3a0bc4174e72d9f00657ca38c2f7066.

A renúncia estimada é menor do que o rendimento isento tendo em vista que, caso não fosse isento, este estaria sujeito às alíquotas progressivas e com as possibilidades de deduções e descontos existentes dentro da estrutura do IRPF, o que se traduziria em um imposto devido adicional bem inferior ao valor do rendimento. Dito isso, os dados da Tabela 1 evidenciam que a relação entre a renúncia estimada e o montante de rendimento isento declarado apresenta grande estabilidade no período 2008-2018, orbitando suavemente em torno de uma média de 24,1%.

2.2 Análise do perfil dos contribuintes

De forma a jogar luz sobre os dados observados a partir das declarações dos contribuintes do IRPF, foram obtidas com a RFB informações com maior nível de desagregações dos extratos do DIRPF, com observações para os centésimos de todos os contribuintes e dos contribuintes com declarações positivas de rendimentos isentos decorrentes de moléstia grave, nos anos-calendário (ac) de 2016 e 2017. Assim, foi possível captar com mais precisão a distribuição da renda não apenas do universo dos contribuintes do IRPF como do recorte específico para os beneficiários da isenção analisada.

Tabela 2: Resumo dos dados CMAP.

Variável	ac 2016		ac 2017		Variação ac 2017 / ac 2016	
	Todos	Beneficiários	Todos	Beneficiários	Todos	Beneficiários
Declarantes	28.994.256	656.004	29.721.592	707.490	2,5%	7,8%
% Beneficiários	2,3%	100,0%	2,4%	100,0%	5,2%	0,0%
% Declara parcela isenta	10,2%	20,7%	10,2%	18,9%	-0,3%	-8,4%
% Declara ded. desp. médicas	29,4%	38,4%	30,2%	38,9%	2,7%	1,4%
% Declara desconto simplif.	58,5%	45,6%	57,7%	45,7%	-1,4%	0,1%
Renda média anual (R\$)	96.369	154.344	99.894	157.374	3,7%	2,0%
Alíquota efetiva média IRPF	5,6%	1,3%	5,7%	1,4%	3,2%	8,0%
Parcela Renda Total 90-95%	11,2%	11,8%	11,3%	12,1%	1,0%	2,5%
Parcela Renda Total 95-99%	16,6%	14,7%	16,7%	14,8%	0,8%	1,2%
Parcela Renda Total + 1%	21,7%	13,8%	21,4%	12,3%	-1,3%	-10,6%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

A Tabela 2 acima apresenta um resumo da base de dados fornecida pela RFB para o CMAP. Assim, nos anos-calendário de 2016 e 2017 é possível notar uma estabilidade da estrutura das declarações, tanto no que tange à proporção de beneficiários da isenção por moléstia grave sobre o total de contribuintes, quanto no que se refere ao seu perfil em comparação com o de todos os declarantes, qual seja: uma proporção maior dos primeiros em relação aos segundos tendem a ser declarantes de parcela isenta da aposentadoria para maiores de 65 anos³ e declarar alguma despesa médica, enquanto uma proporção menor opta pelo desconto simplificado; a renda média anual dos beneficiários é maior do a de todos os contribuintes e o inverso para a alíquota efetiva do IRPF. Observa-se também uma estabilidade quanto à apropriação da renda total no topo da distribuição, tanto pelo universo total de declarantes

³ Existem várias situações para a presença de declarantes com parcela isenta e com isenção por moléstias graves: conjugue e dependente. Há, ainda, a possibilidade do declarante titular ser pensionista com parcela isenta e aposentado(a) isento por moléstia grave. Essa situação chama a atenção, mas parece apontar para declaração conjunta, o que, sem dúvida se alteraria com o fim de qualquer dessas isenções. Vale, assim, explorar mais informações sobre esses declarantes quando da avaliação da parcela isenta no ciclo de avaliação 2021/22 sob a coordenação do Ipea.

quanto pelo recorte em relação à renda total dos beneficiários da isenção de renda decorrente de moléstias graves.

Em um primeiro momento, as relações observadas estão em linha com o esperado diante do desenho do benefício, dado que, em tese, os contribuintes que recebem rendimentos isentos decorrente de moléstia grave serão aposentados, com uma parcela destes tendo 65 anos ou mais, e têm mais chances de declarar alguma despesa médica, visto serem portadores de uma condição que provavelmente demande mais gastos de saúde. Pelos mesmos motivos, a existência de maiores despesas médicas pode incentivar esses indivíduos a optar pelo modelo de declaração completa do IRPF em detrimento do desconto simplificado, de modo a minimizar o imposto devido.

No entanto, para compreender se as relações acima estabelecidas são realmente válidas, é necessário estabelecer alguns controles sobre os beneficiários em relação a todos os contribuintes, de modo que se permita analisar se essas diferenças decorrem da condição de beneficiário da isenção ou de variáveis secundárias como nível de renda, idade, ou outras características que podem servir de fator explicativo das diferenças inicialmente detectadas. A análise das características dos beneficiários em comparação com todos os contribuintes controlando pela renda pode ser denominada *análise horizontal*. Antes de proceder para esta, no entanto, vale apresentar uma *análise vertical*, que investiga as principais características e fatos estilizados a respeito dos universos de todos os contribuintes e apenas dos beneficiários conforme variam suas rendas.

2.2.1 Análise vertical

A Tabela 3, na página seguinte, apresenta as principais características das distribuições ordenadas pela renda total de todos os contribuintes e dos beneficiários da isenção para rendimentos decorrentes de moléstias graves (ou, sinteticamente, beneficiários). Nesse sentido, estão dispostas informações a respeito da renda e do perfil dos declarantes para algumas características consideradas importantes para a análise, divididas por décimos e com abertura no décimo superior para o 1% mais rico, os quatro centésimos inferiores (95-99) e os cinco centésimos abaixo (90-95). Como as observações entre os dois anos-calendário disponíveis são muito similares, optou-se por restringir a análise ao último disponível, ac 2017.

No que se refere às características gerais de todos os contribuintes, os dados da Tabela 3 evidenciam que, à medida que a renda cresce, o rendimento tributável bruto (RTB) perde participação e os rendimentos com tributação exclusiva (RTE) e rendimentos isentos (RI) passam a compor uma maior parte da renda total. Assim, o RTB sai da casa dos 80% nos primeiros cinco décimos para uma proporção cada vez menor, na casa dos 70% nos quatro décimos seguintes, até chegar aos 40,4% no último décimo. A partição entre grupos de centésimos no décimo superior revela que essa queda aguda é puxada principalmente pelo comportamento no 1% mais rico, cujo RTB perfaz, em média, somente 18,2% de sua renda total.

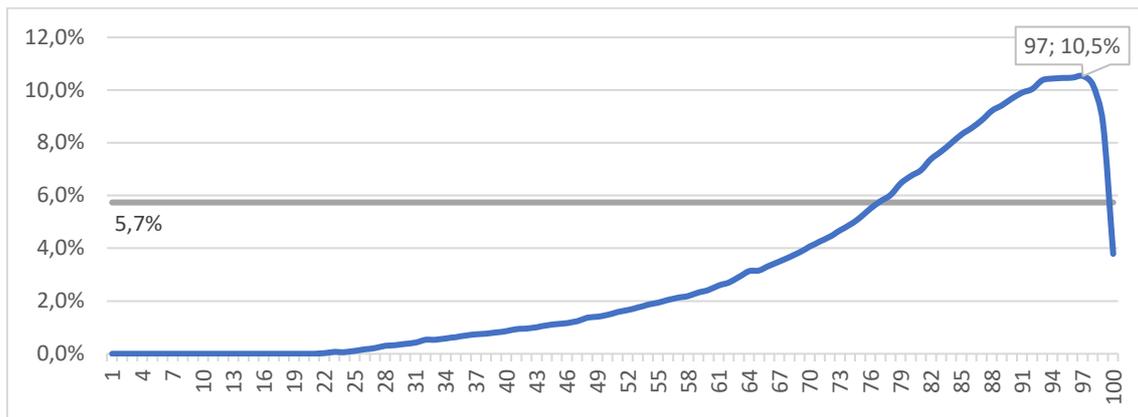
Em relação aos RTE e RI, apesar de haver um crescimento da participação de ambos em relação ao crescimento da renda total, é possível perceber algumas diferenças em relação ao montante e à intensidade da participação de cada grupo de rendimento. Assim, nota-se que os RI compõem uma parcela sempre maior da renda total do que os RTE para cada estrato de renda, com esses tipos de rendimento perfazendo, respectivamente, 14,0% e 3,7% da renda total do primeiro décimo e culminando em 46,4% e 13,2% da renda total do último décimo, havendo um crescimento mais acentuado dos RI no último centésimo, de 64,5% de toda a renda apropriada no estrato, enquanto a RTE cresce de modo mais comportado, atingindo 17,4% da mesma proporção.

Esta estrutura apresentada para a dinâmica da participação de cada tipo de rendimento na renda total dos estratos é compatível com os dados dispostos no DIRPF e com estudos realizados

a partir destes, que procuram aferir a distribuição dos diversos tipos de renda e seus impactos sobre a desigualdade, tais como Castro (2014), Gobetti e Orair (2016), Morgan (2018), entre outros.

De fato, as tendências do RTB, RTE e RI sobre a composição da renda total têm como consequência a diminuição da carga tributária sobre os estratos do topo, dado que o RTB diminui e os RTE e RI aumentam extraordinariamente nos últimos centésimos da distribuição. O Gráfico 1 a seguir ilustra a proporção do imposto devido sobre a renda total, a alíquota efetiva, ao longo dos centésimos da população de todos os declarantes.

Gráfico 1: Alíquota efetiva da tributação, por centésimo – Todos os declarantes.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Os dados estão em linha com a literatura da área, com uma tributação crescente que, no entanto, se reverte para os contribuintes no topo da distribuição. Nos dados analisados, a alíquota efetiva máxima é atingida no 97º centésimo, de 10,5%, e depois cai nos centésimos subsequentes. A alíquota efetiva média para todos os contribuintes é de 5,7%, ilustrada pela reta no gráfico.

Continuando a análise dos dados da Tabela 3 no que diz respeito às modalidades de declarantes, constata-se que a proporção dos declarantes nos estratos que optam pelo desconto simplificado é decrescente em relação à renda total, enquanto a parcela de contribuintes que declaram rendimentos isentos de aposentadoria para maiores de 65 anos (parcela isenta) e que declaram algum valor de despesas médicas é crescente em relação à renda total. Cabe notar que o comportamento do desconto simplificado é esperado, já que, por ser limitado a um teto fixo (de R\$ 16.754,34 no ano), sua proporção em relação à renda total se torna cada vez menor e, portanto, menos interessante para o contribuinte. Deriva parcialmente desta constatação o aumento de declarantes de despesas médicas ao longo dos estratos, o que por sua vez também tem correlação com o aumento da proporção de declarantes de parcela isenta, já que a tendência é a de que os gastos com saúde aumentem à medida que o indivíduo envelhece.

Por fim, os dados referentes à isenção por moléstia grave dentro do universo de todos os contribuintes revelam que a população de beneficiários cresce à medida que se avança nos estratos, estando 68,3% dos beneficiários entre o sétimo e o último décimo, 24,6% de todos os beneficiários concentrados neste último. As partições do décimo superior revelam, no entanto, que a concentração é um pouco menor no 1% mais ricos do que em relação aos outros nove centésimos imediatamente inferiores, não havendo, portanto, uma concentração extra no topo, como no caso dos rendimentos isentos, por exemplo.

Tabela 3: Principais características da distribuição, por estrato e população de declarantes, ac 2017.

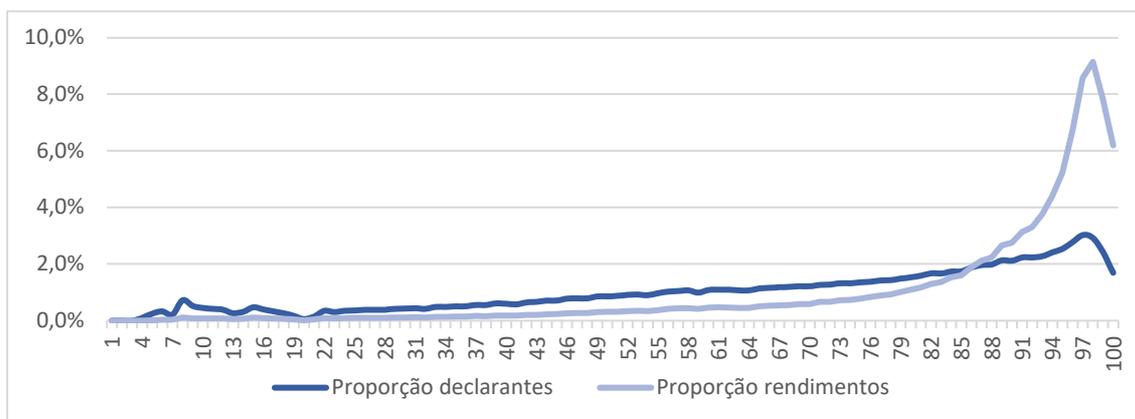
Todos os declarantes		Perfil dos rendimentos			Modalidades de declarantes			Moléstia grave (MG)			
Estratos de renda	Renda média (R\$)	% Rend. Tributável Bruto	% Rend. Trib. Excl.	% Rend. Isentos	% Decl. Desc. Simpl.	% Decl. Parcela isenta	% Decl. Dedução Desp. Méd.	Pop. Beneficiários (n)	% Beneficiários	% Rend. MG / Rend. Total	% Rend. MG / Total MG
1º décimo	6.683	82,3%	3,7%	14,0%	59,7%	2,9%	2,7%	18.423	2,6%	0,9%	0,3%
2º décimo	24.743	88,7%	2,9%	8,5%	76,9%	4,0%	5,2%	21.973	3,1%	0,5%	0,7%
3º décimo	31.774	86,6%	5,3%	8,1%	73,1%	4,9%	14,5%	25.020	3,5%	0,5%	0,9%
4º décimo	38.389	83,7%	6,3%	10,0%	61,6%	7,2%	24,9%	36.721	5,2%	0,7%	1,5%
5º décimo	45.922	81,3%	6,6%	12,1%	59,3%	9,6%	29,6%	52.437	7,4%	1,0%	2,5%
6º décimo	55.776	79,0%	6,9%	14,1%	58,3%	11,7%	34,0%	69.476	9,8%	1,3%	3,9%
7º décimo	69.672	77,9%	7,2%	14,9%	56,3%	12,9%	38,0%	80.994	11,4%	1,4%	5,1%
8º décimo	92.651	75,2%	7,5%	17,2%	55,6%	14,3%	39,8%	97.701	13,8%	1,7%	8,3%
9º décimo	139.381	70,6%	8,0%	21,5%	46,6%	15,6%	48,7%	130.992	18,5%	2,5%	18,6%
10º décimo	493.949	40,4%	13,2%	46,4%	29,3%	18,5%	64,5%	173.753	24,6%	2,2%	58,3%
90-95	226.054	64,2%	9,0%	26,7%	31,8%	17,3%	62,6%	82.851	11,7%	3,3%	19,8%
95-99	417.219	52,7%	10,7%	36,6%	25,4%	19,7%	68,3%	78.926	11,2%	3,6%	32,3%
+1	2.140.350	18,2%	17,4%	64,5%	32,5%	19,4%	58,9%	11.976	1,7%	0,5%	6,2%

Apenas Beneficiários		Perfil dos rendimentos			Modalidades de declarantes			Moléstia grave (MG)			
Estratos de renda	Renda média (R\$)	% Rend. Tributável Bruto	% Rend. Trib. Excl.	% Rend. Isentos	% Decl. Desc. Simpl.	% Decl. Parcela isenta	% Decl. Dedução Desp. Méd.	Pop. Beneficiários	% Beneficiários	% Rend. MG / Rendimentos	% Rend. MG / Total MG
1º décimo	24.514	23,3%	2,7%	73,9%	56,2%	4,2%	9,4%	70.749	10,0%	68,0%	2,1%
2º décimo	42.483	32,8%	3,7%	63,5%	58,0%	8,2%	17,0%	70.749	10,0%	56,9%	3,1%
3º décimo	53.968	32,6%	4,2%	63,2%	57,1%	11,9%	23,2%	70.749	10,0%	55,5%	3,8%
4º décimo	66.362	34,3%	4,8%	60,9%	54,6%	18,0%	30,7%	70.749	10,0%	51,2%	4,3%
5º décimo	82.639	34,6%	5,1%	60,2%	51,9%	21,6%	37,2%	70.749	10,0%	49,6%	5,2%
6º décimo	104.855	33,2%	5,3%	61,5%	48,5%	22,5%	41,6%	70.749	10,0%	51,3%	6,9%
7º décimo	135.476	29,6%	5,3%	65,2%	44,6%	23,4%	45,2%	70.749	10,0%	55,1%	9,5%
8º décimo	180.931	26,1%	5,6%	68,3%	37,6%	24,8%	52,0%	70.749	10,0%	57,8%	13,3%
9º décimo	264.818	22,7%	6,3%	71,0%	28,3%	25,9%	61,3%	70.749	10,0%	59,7%	20,1%
10º décimo	617.697	17,9%	12,4%	69,7%	20,0%	28,6%	71,3%	70.749	10,0%	40,1%	31,6%
90-95	380.526	19,3%	7,1%	73,6%	21,5%	26,6%	68,0%	35.375	5,0%	60,8%	14,7%
95-99	583.610	20,9%	11,5%	67,6%	17,9%	30,8%	75,1%	28.300	4,0%	43,6%	13,0%
+1	1.940.086	13,0%	18,7%	68,3%	21,3%	30,3%	72,8%	7.074	1,0%	15,6%	3,8%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Em linha com a concentração dos beneficiários nos décimos superiores, a Tabela 3 evidencia que a participação de rendimentos isentos decorrentes de moléstia grave na renda total é crescente, assim como a apropriação do conjunto desse rendimento pelos estratos superiores. Percebe-se, contudo, um aumento mais pronunciado em relação à renda total da concentração dos rendimentos decorrentes do benefício do que da concentração dos beneficiários, o que indica que uma parcela crescente de beneficiários se apropria de uma parcela ainda mais crescente do benefício. Nesse sentido, enquanto 43,1% dos beneficiários se encontram nos dois décimos superiores, esses indivíduos auferem 76,9% de todo o montante declarado desse tipo de rendimento. Esses números denotam que uma grande parcela da isenção de rendimentos decorrentes de aposentadoria por moléstia grave é usufruída por indivíduos nos estratos de maior renda média.

Gráfico 2: Proporção do total de declarantes beneficiários e rendimentos de moléstia grave por centésimo.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Essa relação entre a distribuição dos beneficiários e a distribuição dos rendimentos relacionados ao benefício pode ser vista no Gráfico 2 acima, que exhibe a proporção em relação ao total dos declarantes e dos rendimentos da isenção decorrente de moléstia grave, por centésimos. Como se pode observar, após uma trajetória irregular da participação dos beneficiários de isenção de moléstia grave nos vinte primeiros centésimos, a proporção de beneficiários cresce de forma razoavelmente contínua até o 97º centésimo, que concentra a maior parcela de beneficiários, 3,0%, e então cai de forma acelerada nos centésimos subseqüentes.

Já a parcela do benefício apropriado em cada centésimo é sempre menor do que parcela de beneficiários, até que esses valores se pareiam no 86º centésimo, quando atingem 1,9%, e a partir de então a parcela do rendimento apropriado passa a ser maior do que a parcela de beneficiários. Assim como em relação à proporção de beneficiários, a parcela do rendimento total apropriado também cai nos centésimos do topo, porém em posição diferente: após atingir o pico no 98º centésimo, de 9,2% do benefício, essa parcela cai nos dois centésimos remanescentes.

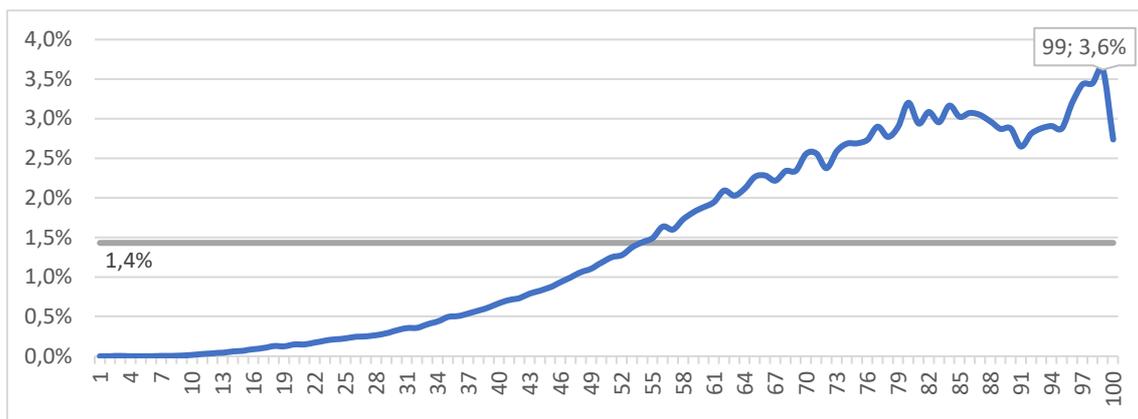
Para melhor compreender as características da distribuição dos beneficiários, parte-se para a segunda parte das informações constantes na Tabela 3, relativas apenas a este recorte da população de declarantes. No que se refere ao perfil dos rendimentos, verifica-se que a composição da renda total nos estratos da população de beneficiários apresenta um comportamento similar ao do total dos contribuintes no que tange à diminuição do RTB e aumento dos RTE à medida que a renda aumenta, diferindo, porém, na evolução dos RI sob esta régua. Neste último caso, dado que o recorte inclui apenas contribuintes com valores positivos de rendimentos isentos decorrentes de moléstia grave, era de se esperar que a proporção de RI

fosse maior em todos os estratos dessa população em comparação com o universo de todos os declarantes do IRPF.

Da análise de todos os rendimentos, verifica-se que a magnitude da diminuição da participação do RTB no segmento dos beneficiários é muito menor em comparação a todos os contribuintes, saindo de uma média de 31,5% da renda total nos cinco primeiros décimos para então diminuir suavemente até o patamar de 17,9% desta no último décimo. Já a participação dos RI na renda total é muito mais estável, descrevendo uma trajetória similar à de uma parábola inversa, com a participação maior nos décimos extremos (primeiro, nono e décimo) e participação menor no miolo da distribuição (quarto, quinto e sexto décimos). Já o comportamento da composição dos RTE na renda total dos beneficiários é praticamente análogo ao de seu congêneres relativo a todos os contribuintes, com crescimento contínuo e menor importância relativa.

Tais características da dinâmica da composição da renda total resultam em uma distribuição da tributação razoavelmente similar à da sua análoga para todos os declarantes (Gráfico 1, p.13) mas em um patamar mais baixo de alíquota efetiva. A tributação sobre cada centésimo da população de beneficiários é exibida no Gráfico 3 a seguir. Assim, percebe-se que a trajetória exibida guarda algumas diferenças importantes em relação à sua análoga para todos os declarantes, como o fato de a curva ser mais achatada, com alíquota efetiva média bem inferior, de 1,4% ante 5,7%, e com um ônus mais bem distribuído, dado que quase metade dos contribuintes possuem uma alíquota efetiva acima da média, enquanto para todos os declarantes a alíquota efetiva é inferior à média apenas em 23 centésimos.

Gráfico 3: Alíquota efetiva da tributação, por centésimo – Beneficiários.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Continuando a análise dos dados dispostos na Tabela 3, no que tange à modalidade de declarantes, verifica-se uma igual diminuição da parcela de declarantes de desconto simplificado na população de beneficiários quando comparado a todos os contribuintes, porém em um patamar mais baixo do que o dos últimos – o que pode ser expresso pelo volume médio de declarantes dessa modalidade para as duas populações, respectivamente de 45,7% contra 57,7%. No caso da proporção de declarantes de parcela isenta e de dedução de despesas médicas em cada estrato, estes também são crescentes, com um patamar maior do que para o universo de todos os contribuintes (a contraface da menor proporção de declarantes de desconto simplificado).

Por fim, a seção dedicada ao benefício da isenção por moléstia grave dentro do universo de beneficiários exacerba as revelações feitas sob a ótica de todos os declarantes do IRPF. Nesse sentido, verifica-se que enquanto a proporção dos rendimentos de moléstia grave sobre a renda total cai ao longo dos estratos à medida que a renda total cresce – de 68,0% no primeiro décimo até 40,1% no último –, a apropriação do montante total dessa isenção cresce – com os 10% mais

pobres apropriando-se de somente 2,1% do montante total declarado, culminando em 31,6% deste quinhão no último décimo. De outra forma, enquanto os 70% dos beneficiários dos sete décimos inferiores se apropriam de 34,9% do montante do benefício, os 30% do topo ficam com 65,1% desse total.

Uma forma sintética de apresentar essa concentração é através do índice de Gini para a renda total e dos coeficientes de concentração de subcomponentes da renda e outras variáveis de interesse, as despesas com deduções, conforme exibido na Tabela 4 a seguir. Os coeficientes medem a concentração de determinada variável em relação à população ordenada de forma crescente pela renda total, variando de zero (distribuição perfeitamente equitativa) a um (apenas o indivíduo do topo responde por toda a variável), no caso do coeficiente de Gini, e de menos um (o indivíduo da base é o único responsável pela variável) até um (concentração no topo), no caso dos coeficientes de concentração⁴.

Tabela 4: Coeficientes de Gini e Concentração para variáveis de interesse.

População	Grupos de rendimentos				RI selecionados				Deduções	
	Renda Total (Gini)	RTB	RTE	RI	Lucros e divid.	Parcela Isenta	Moléstia Grave	Outras RI	Deduções desp. méd.	Outras deduções
Todos	0,58	0,44	0,73	0,81	0,93	0,32	0,71	0,81	0,55	0,36
Beneficiários	0,51	0,40	0,69	0,53	0,92	0,25	0,45	0,78	0,47	0,41

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Assim, as informações da Tabela 4 evidenciam sob uma nova ótica algumas das conclusões extraídas a partir dos dados da Tabela 3 a respeito do perfil dos rendimentos, ou seja, a observação de que a participação dos RTE e RTI na renda total cresce e a do RTB diminui à medida que cresce a renda, o que se traduz em uma maior concentração dos dois primeiros tipos de rendimento no topo, tanto para todos os declarantes quanto apenas na população de beneficiários. Conforme também assinalado na análise anterior, os RI são bem menos concentrados entre os beneficiários, o que se deve ao fato de todos perceberem algum valor de rendimentos isentos decorrentes de moléstia grave.

Visto que variável de interesse desta análise faz parte dos rendimentos isentos, a Tabela 4 também procura explorar um pouco mais acerca da concentração desse tipo de rendimento. Como se pode observar, destacou-se a concentração dos lucros e dividendos – o “padrão-ouro” de rendimento concentrado nas declarações de IRPF, conforme apontado por diversas investigações a respeito (Castro, 2014; Gobetti e Orair, 2016; Fernandes, Campolina e Silveira, 2017) –, além da concentração da parcela isenta, das isenções por moléstias graves e do conjunto dos outros rendimentos isentos.

Nesse sentido, o coeficiente de concentração dos lucros e dividendos é bastante alta e similar para os dois grupos, acima de 0,9. Já os rendimentos de parcela isenta apresentam uma concentração moderada, menor até do que o próprio RTB de cada grupo. Os rendimentos de moléstia grave, por sua vez, apresentam uma concentração significativa no grupo de todos os declarantes e menos concentrada entre os beneficiários, conforme esperado. Por fim, os rendimentos dos outros RI apresentam coeficientes de concentração similares nos dois grupos.

Em relação às deduções, observa-se coeficientes de concentração similares para os dois grupos, sendo o seu valor para as deduções de despesas médicas um pouco maior para todos os

⁴ Para mais informações a respeito da construção e interpretações dos coeficientes, ver Castro e Bugarin (2017).

declarantes do que em relação aos beneficiários, ocorrendo o inverso para as deduções restantes.

2.2.2 Análise horizontal

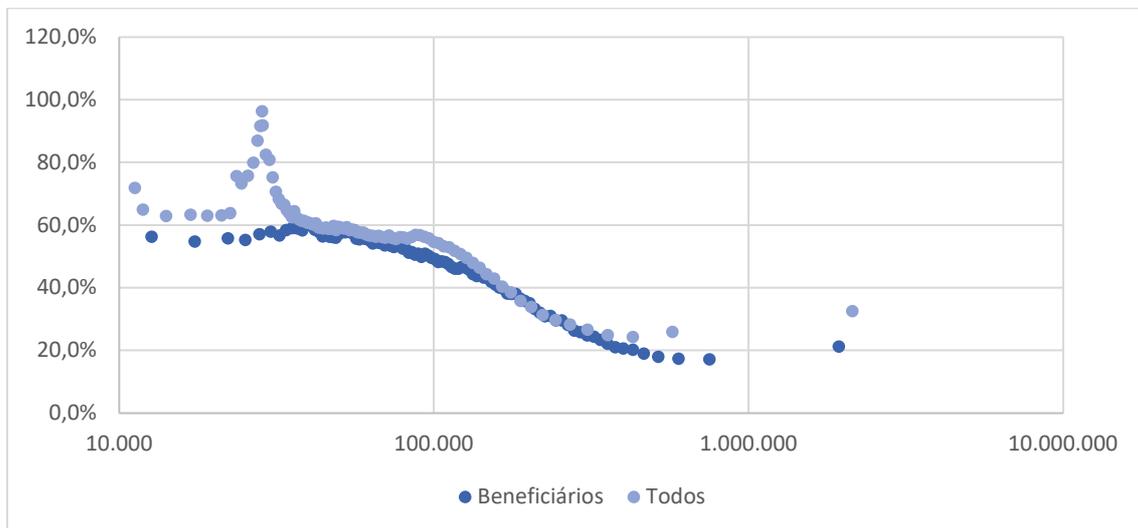
Nesta análise horizontal, busca-se contrapor as características de interesse dos declarantes de rendimentos isentos decorrentes de moléstia isenta com as características equivalentes de todos os declarantes, utilizando como controle o nível de renda. Dessa forma, é possível analisar diferenças estruturais entre grupos com capacidade contributiva similar e, assim, ampliar a compreensão sobre o perfil do público que usufrui do benefício investigado.

A análise vertical foi feita a partir da análise separada das bases de dados – uma com todos os contribuintes e outra com somente os beneficiários –, em que se analisou a dinâmica dos estratos de cada grupo conforme o aumento da renda total. Uma vez que a base de dados obtida no âmbito do CMAP não permite o cruzamento direto de variáveis de interesse das duas bases, optou-se por realizar as comparações desta subseção a partir de intervalos de renda média dos estratos, de modo a permitir uma análise transversal dos dados.

A Tabela 5 adiante (p. 21) exhibe a média para variáveis selecionadas em cada centésimo de todos os declarantes e dos beneficiários, separadas por intervalos de renda. O primeiro grupo de características analisadas são as proporções de declarantes de desconto simplificado, de alguma parcela isenta, de alguma despesa médica e, somente para ilustração, de algum rendimento isento por moléstia grave.

Assim, percebe-se uma menor proporção média de declarantes de desconto simplificado para o grupo de beneficiários em todas as faixas de renda. Essa diferença é maior para as faixas de renda até R\$ 50 mil anuais e para a última faixa de renda, acima de R\$ 300 mil anuais e pode ser mais bem observada no Gráfico 4 a seguir, em que há uma maior diferença entre as rendas anuais médias a partir de R\$ 22 mil, voltando a se encontrar a partir de cerca de R\$ 40 mil anuais.

Gráfico 4: Proporção de declarantes de desconto simplificado.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

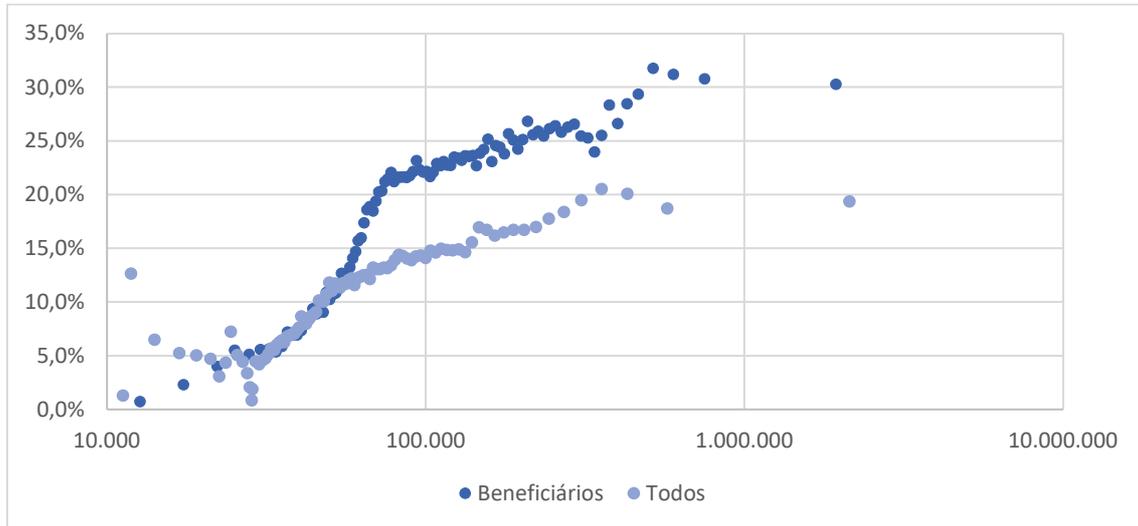
Tabela 5: Média dos centésimos para todos declarantes e beneficiários, por intervalo de renda, ac 2017.

Intervalo de Renda	Núm. de centésimos no intervalo	Renda média	% Decl. desc. simpl.	% Decl. parc. isenta	Parcela isenta por declarante do benefício	Isenção parc. Isenta por decl. / Renda média	% Decl. desp. médicas	Desp. médias por declarante da despesa	Desp. méd. por decl. / Renda média	% Decl. moléstia grave	Isenção MG por declarante do benefício	Isenção MG por decl. / Renda média	Alíquota efetiva
TODOS													
Até 25.000	15	11.848	62,4%	3,6%	12.088	83,8%	3,7%	4.851	37,5%	0,7%	11.685	83,1%	0,0%
Entre 25.000 e 50.000	35	37.069	67,7%	6,6%	20.758	57,6%	20,4%	4.027	11,1%	1,2%	22.123	60,4%	0,6%
Entre 50.000 e 75.000	18	61.149	57,4%	12,2%	22.559	37,3%	35,7%	6.316	10,3%	2,5%	32.318	53,1%	2,5%
Entre 75.000 e 100.000	9	85.454	56,2%	14,0%	22.733	26,8%	39,1%	8.657	10,1%	3,1%	42.601	49,8%	4,7%
Entre 100.000 e 150.000	10	120.829	50,6%	15,0%	22.681	19,1%	44,8%	10.448	8,7%	4,0%	64.621	53,2%	7,5%
Entre 150.000 e 200.000	4	171.390	39,4%	16,5%	22.706	13,3%	55,6%	11.588	6,8%	5,0%	99.388	58,0%	9,6%
Entre 200.000 e 300.000	4	235.364	30,8%	17,5%	22.799	9,8%	63,5%	12.919	5,5%	5,6%	137.377	58,3%	10,3%
Acima de 300.000	5	761.845	26,9%	19,6%	22.947	4,9%	66,4%	17.750	3,5%	6,1%	239.649	47,7%	8,7%
BENEFICIÁRIOS													
Até 25.000	4	14.975	54,3%	2,2%	6.706	40,9%	6,6%	5.050	36,8%	100,0%	12.018	83,0%	0,0%
Entre 25.000 e 50.000	18	39.383	57,6%	7,6%	17.604	45,4%	15,6%	6.572	18,2%	100,0%	23.104	59,4%	0,1%
Entre 50.000 e 75.000	19	62.054	55,6%	15,7%	20.354	33,1%	28,0%	7.975	13,0%	100,0%	32.639	52,9%	0,4%
Entre 75.000 e 100.000	12	86.653	51,4%	21,9%	21.098	24,5%	38,0%	9.792	11,3%	100,0%	43.244	49,9%	1,0%
Entre 100.000 e 150.000	16	122.676	46,1%	23,0%	21.065	17,4%	43,8%	12.086	9,9%	100,0%	65.913	53,5%	2,0%
Entre 150.000 e 200.000	9	172.326	38,8%	24,5%	20.932	12,2%	50,6%	14.105	8,2%	100,0%	99.910	57,9%	2,7%
Entre 200.000 e 300.000	10	242.877	30,2%	26,0%	21.115	8,8%	59,6%	17.081	7,1%	100,0%	142.465	58,5%	3,0%
Acima de 300.000	12	567.289	20,8%	28,1%	21.389	4,8%	70,2%	23.073	4,9%	100,0%	238.886	51,9%	3,0%
BENEFICIÁRIOS / TODOS													
Até 25.000	-	26,4%	-13,1%	-38,7%	-44,5%	-51,2%	77,4%	4,1%	-1,8%	13942,6%	2,9%	-0,2%	-56,1%
Entre 25.000 e 50.000	-	6,2%	-14,9%	14,0%	-15,2%	-21,3%	-23,6%	63,2%	63,6%	8369,3%	4,4%	-1,7%	-88,5%
Entre 50.000 e 75.000	-	1,5%	-3,2%	28,9%	-9,8%	-11,3%	-21,6%	26,3%	25,7%	3915,8%	1,0%	-0,5%	-83,8%
Entre 75.000 e 100.000	-	1,4%	-8,4%	56,7%	-7,2%	-8,4%	-2,7%	13,1%	11,5%	3106,4%	1,5%	0,1%	-78,2%
Entre 100.000 e 150.000	-	1,5%	-8,8%	52,9%	-7,1%	-8,6%	-2,3%	15,7%	13,8%	2411,1%	2,0%	0,5%	-74,0%
Entre 150.000 e 200.000	-	0,5%	-1,4%	48,1%	-7,8%	-8,2%	-9,0%	21,7%	21,1%	1882,8%	0,5%	0,0%	-72,3%
Entre 200.000 e 300.000	-	3,2%	-1,9%	49,0%	-7,4%	-10,0%	-6,2%	32,2%	28,8%	1673,2%	3,7%	0,4%	-70,6%
Acima de 300.000	-	-25,5%	-22,6%	43,0%	-6,8%	-0,9%	5,6%	30,0%	41,8%	1534,8%	-0,3%	8,9%	-65,4%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Por outro lado, a proporção média de declarantes de parcela isenta é menor entre os beneficiários na primeira faixa de renda em comparação com todos os declarantes, e maior para todas as faixas seguintes. O Gráfico 5 a seguir mostra como essa dinâmica se dá, havendo uma proporção similar até a região de renda média de cerca de R\$ 55 mil anuais, quando se situa em 12%, e então as trajetórias divergem e se estabilizam, com uma diferença de cerca de 8 pontos percentuais para níveis de renda similares, aumentando apenas nos centésimos finais.

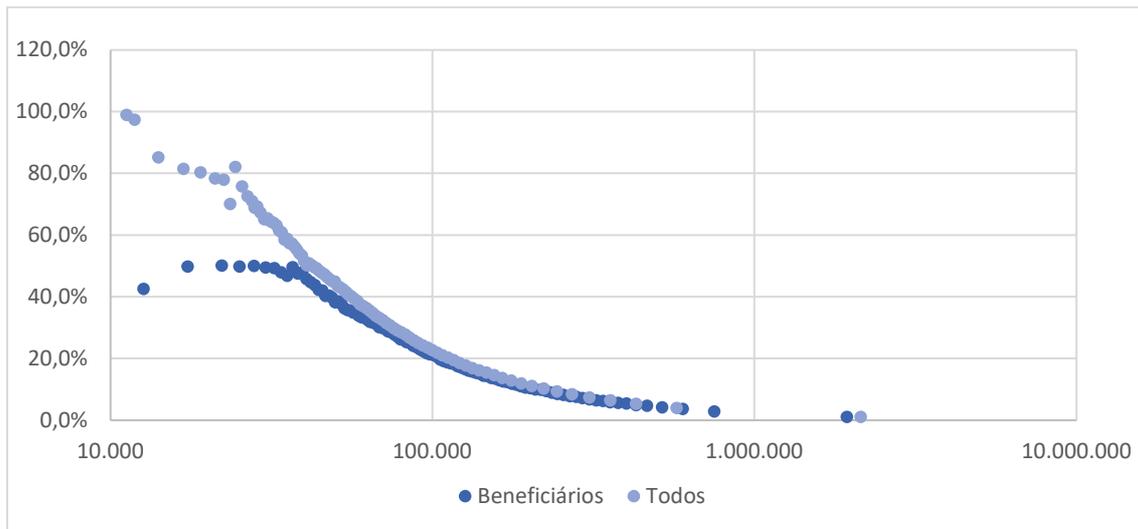
Gráfico 5: Proporção de declarantes de parcela isenta.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

No que se refere ao rendimento médio de parcela isenta para os declarantes do mesmo benefício, os dados da Tabela 5 evidenciam que o valor médio é maior em todas as faixas de renda no universo de todos os declarantes do que para os beneficiários da isenção de moléstia grave. Esse valor, no entanto, vai convergindo nos estratos superiores, o que ocorre devido ao desenho do benefício, uma isenção de renda adicional limitada a R\$ 24.751,74 anuais. Por esse motivo, a importância do rendimento de parcela isenta como proporção da renda média vai diminuindo à medida que a renda média aumenta. Essa constatação também pode ser observada a partir do Gráfico 6 a seguir.

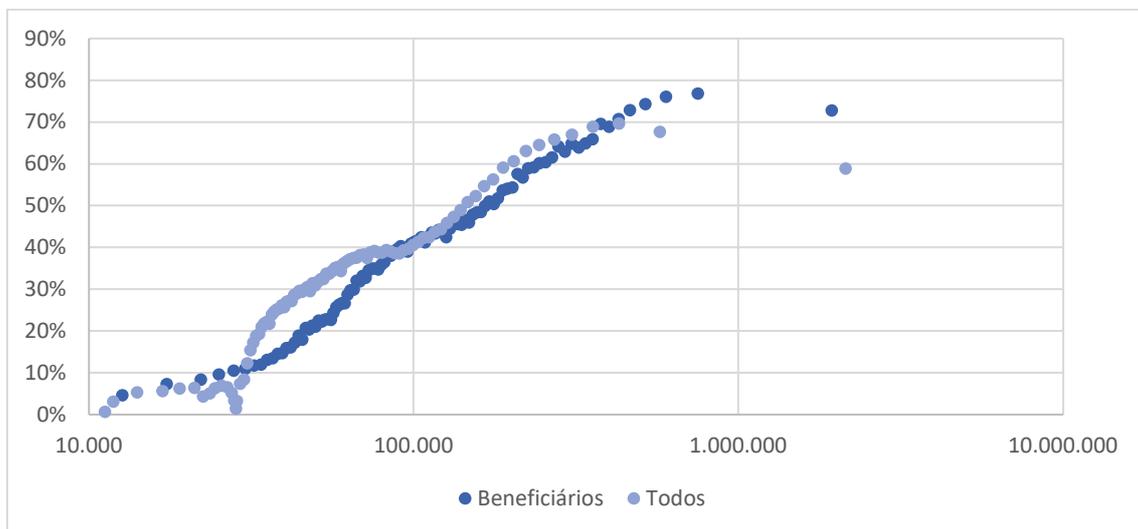
Gráfico 6: Parcela isenta por declarante em proporção da renda média.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

No caso da proporção de declarantes de despesas médicas dentre os declarantes, os dados da Tabela 5 indicam que esta é maior entre beneficiários da moléstia grave somente na primeira e na última faixa de renda, sendo os módulos das diferenças maiores nas primeiras três faixas, de até R\$ 75 mil anuais. O Gráfico 7 a seguir exprime essa relação para todos os centésimos, evidenciando um aumento progressivo de declarantes de despesas médicas para os dois grupos, à medida que a renda total aumenta, com a proporção do universo de todos os declarantes pairando ligeiramente acima da proporção de beneficiários nas faixas intermediárias.

Gráfico 7: Proporção de declarantes de despesas médicas.

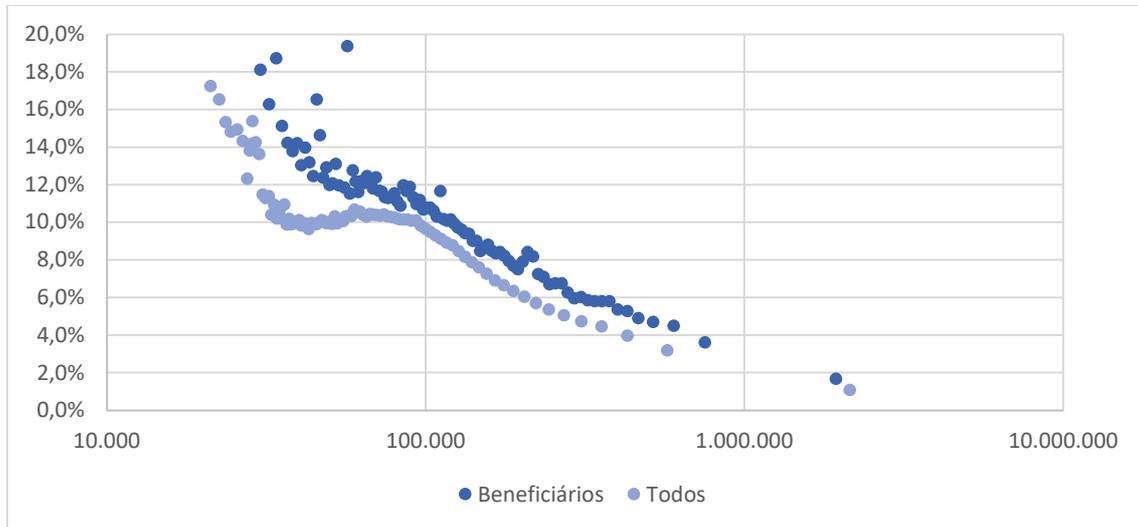


Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

Apesar da proporção média de declarantes de despesas médicas ser maior no universo de todos os declarantes, o gasto médio por declarante é maior no grupo de beneficiários para todas as faixas de renda, como mostra a Tabela 1 Tabela 5. Tal relação se reflete na despesa médica por declarante em proporção da renda total, que é sempre maior para os beneficiários, com exceção

da primeira faixa de renda (pois apresenta valores muito baixos de renda nos centésimos iniciais, de forma a inflar a proporção nessa região). O Gráfico 8 abaixo exhibe essa relação para todos os centésimos.

Gráfico 8: Despesas médicas por declarante em proporção da renda média.

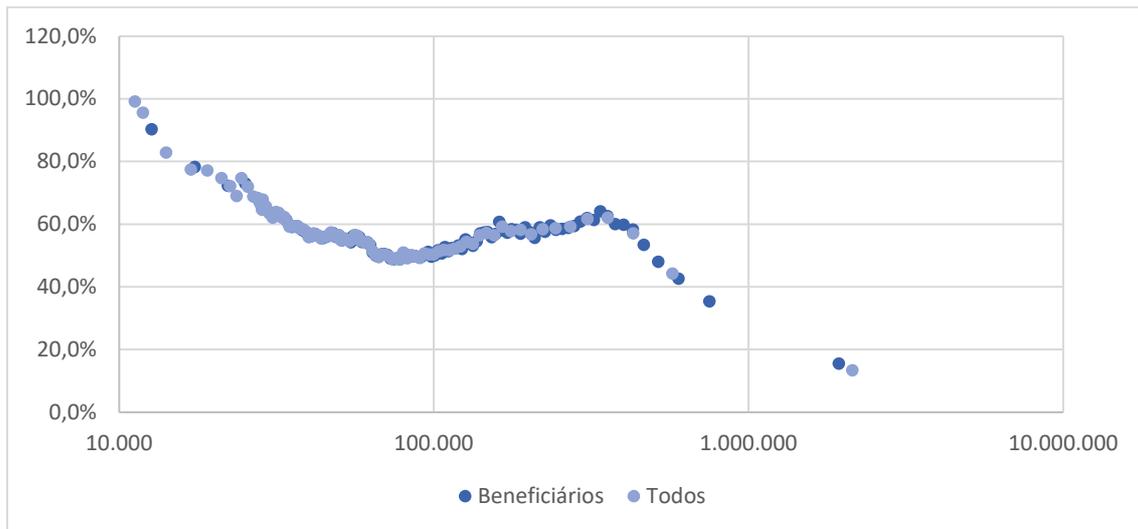


Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

A Tabela 5 também inclui a comparação para os dois grupos dos dados relativos aos declarantes de isenção decorrente de moléstia grave, apenas para conferência. Como é possível constatar, a divisão em faixa de rendas gera uma pequena diferença nos valores do benefício por declarante e de sua proporção em relação à renda total. Isso ocorre porque a agregação dos beneficiários nos dois grupos é diferente, em uma base estão ordenados junto a todos os declarantes e na outra apenas entre si. Essa diferença na agregação leva alguns beneficiários a mudar de faixa de renda de acordo com o recorte da população.

Importa notar que as diferenças são pequenas e, em vista da limitação natural de tabulações dessa natureza, pouco significativas, de forma que a eventual diferença na ordenação de indivíduos não foi considerada um fator importante para explicar diferenças entre os dois grupos para as outras variáveis. A título de curiosidade, o Gráfico 9 a seguir exhibe o valor de isenção por moléstia grave em proporção da renda média de cada grupo – todos os declarantes e apenas beneficiários. Como é possível verificar, há uma grande sobreposição de valores nos dois grupos para todas as faixas de renda anual.

Gráfico 9: Isenção MG por declarante em proporção da renda média.

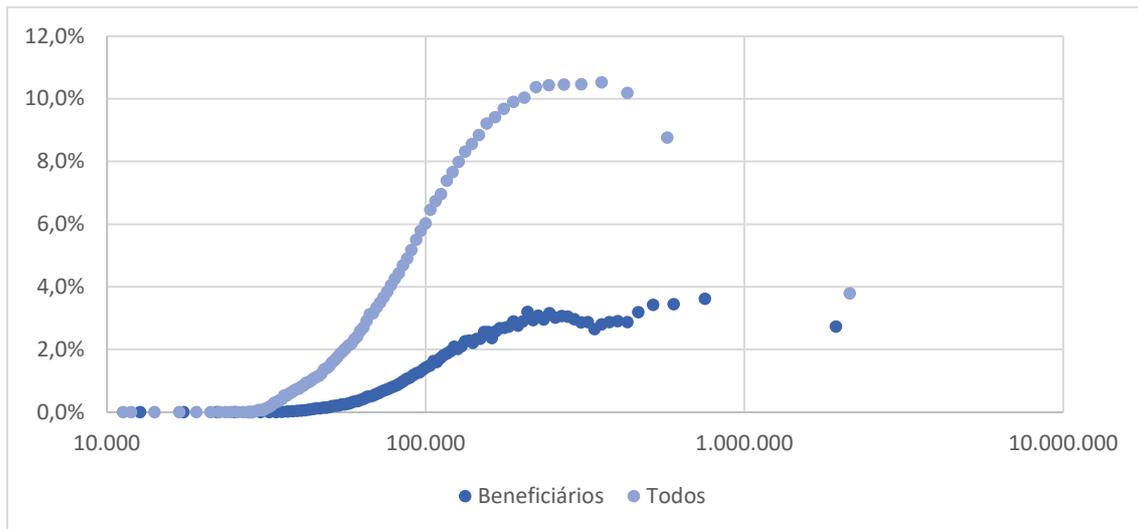


Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

Por fim, a última coluna da Tabela 5 relaciona a alíquota efetiva do IRPF por faixa de renda, para todos os declarantes e para os beneficiários. Nota-se que a carga tributária é consistentemente menor para os beneficiários do que em relação a todos os declarantes, conforme apontado na análise vertical empreendida anteriormente. Os dados mostram que essa diferença é pequena em termos absolutos nas primeiras duas faixas e cresce à medida que a renda total aumenta, diminuindo um pouco para a faixa superior de renda, quando a alíquota efetiva diminui para o grupo de todos os declarantes.

Essa estrutura pode ser melhor observada a partir do Gráfico 10 a seguir, em que a alíquota efetiva é exibida por centésimo, para os dois grupos. Assim, nota-se que a tributação é praticamente nula e a mesma para os dois grupos até R\$ 30 mil anuais, quando as trajetórias divergem continuamente até que se estabilizam em cerca de 10% para todos os declarantes e cerca de 3,5% para os beneficiários, havendo quedas desses patamares no último centésimo de cada grupo.

Gráfico 10: Imposto devido em proporção da renda total.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

2.2.3 Impacto da retirada do benefício

Finalmente, diante da constatação de que a carga tributária entre os beneficiários é consistentemente menor do que a de todos os declarantes do IRPF para qualquer nível de renda total, restou estimar qual seria o impacto fiscal e distributivo da retirada do benefício. Tal cálculo foi feito a partir de modelos contrafactuais simples, em que se presume que não há uma mudança de comportamento dos contribuintes.

Apesar das limitações evidentes da hipótese, entende-se que tal formulação é aceitável diante das restrições dos dados, dispostos de forma agregada de uma quantidade importante de declarantes. Este também é o método empregado por parte da literatura em análises similares utilizando dados das declarações do IRPF (Gobetti, Orair, 2016; Fernandes, Campolina, Silveira, 2017). Além disso, este é um ponto de partida importante, que balizam os impactos esperados advindos do fim da política.

Foram utilizados dois métodos alternativos para estimar o impacto do fim da isenção: I) adição do valor do rendimento decorrente de moléstia grave no rendimento tributável, de modo que a referida fonte foi submetida à estrutura de tributação progressiva direcionada a estes; e II) aplicou-se ao rendimento isento a mesma razão entre o imposto devido e o rendimento tributável do centésimo correspondente, assumindo-se, assim, alguma reação dos contribuintes no sentido de recompor suas deduções para atenuar o impacto da nova tributação. Ambos os métodos foram aplicados sobre a base de dados que contém todos os contribuintes, ac 2017, de modo a permitir a aferição de seu impacto distributivo, além de seu impacto fiscal. O impacto sobre a arrecadação é apresentado na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6: Arrecadação adicional com o fim da isenção MG, R\$ milhões.

Modo de Estimativa	Imposto Devido Vigente	Novo Imposto Devido	Tributação Adicional	% Tributação Adicional
Método I		184.530	13.987	8,2%
Método II	170.543	178.179	7.636	4,5%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

O cálculo empreendido a partir da soma do rendimento isento ao rendimento tributável (Método I) resultou em uma arrecadação adicional de cerca de R\$ 14 bilhões, enquanto a aplicação da razão entre imposto devido e rendimento tributável suportada por cada centésimo ao rendimento isento (Método II) resultou em uma arrecadação adicional de R\$ 7,6 bilhões (todos os valores referentes ao ano de 2017). Comparando o resultado obtido através do Método I com a estimativa de gasto tributário realizada pela RFB para o mesmo ano (Tabela 1, p. 10), verifica-se que o primeiro é 8,2% maior do que o segundo, que foi de cerca de R\$ 12,9 bilhões. Já o valor obtido a partir do Método II é bastante inferior, 41,0% menor.

Em relação aos impactos distributivos dos métodos empregados, estes são pequenos, tendo em vista que, apesar de incidir com maior intensidade nos estratos superiores, a tributação adicional é relativamente modesta em comparação à tributação vigente. Tais impactos podem ser medidos a partir da renda total líquida resultante da tributação adicional, conforme exibido na Tabela 7 abaixo. Dessa forma, o impacto decorrente da aplicação do Método I é uma redução adicional de 0,2% no coeficiente de Gini da renda líquida resultante em relação à redução vigente, enquanto o Método II resulta em uma diminuição de 0,1% na mesma comparação.

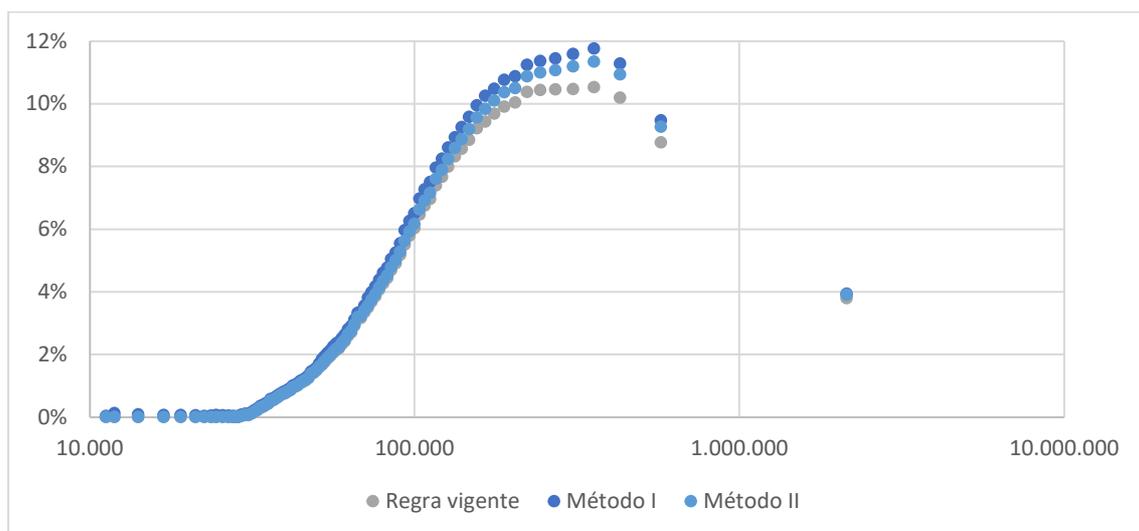
Tabela 7: Impacto distributivo do fim da isenção de moléstia grave.

Variáveis	Renda Total Bruta	Renda Total Líquida Vigente	Renda Total Líquida - Método I	Renda Total Líquida - Método II
Coefficiente de Gini	0,5848	0,5724	0,5714	0,5716
Redução em relação à Renda Total Bruta	-	-2,1%	-2,3%	-2,2%
Redução em relação à Renda Total Líquida Vigente	-	-	-0,2%	-0,1%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

A mudança na alíquota efetiva de cada centésimo pode ser conferida no Gráfico 11 a seguir. Conforme se observa, a alíquota efetiva de cada centésimo é sempre maior no Método II em relação à tributação vigente, ocorrendo o mesmo para o Método I em relação ao Método II. Graficamente, no entanto, essas diferenças só são perceptíveis a partir da região de renda média de R\$ 100 mil anuais, apesar de praticamente desaparecem no último centésimo.

Gráfico 11: Alíquota efetiva por centésimo de acordo com o modo de tributação.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos) para melhor visualização.

As estimativas realizadas também foram calculadas utilizando a base de dados que contém apenas os beneficiários da isenção de rendimentos decorrente de moléstia grave. A vantagem da estimativa utilizando essa base é que o recorte permite uma aferição mais precisa do impacto fiscal resultante do fim do benefício. No entanto, perdem-se as referências para a mensuração de seu impacto distributivo para o universo dos declarantes do IRPF, visto que não é possível cruzar os dados das duas bases para compor uma distribuição completa.

A utilização dessa base permitiu ainda estimar os efeitos da introdução de uma parcela isenta adicional de até R\$ 24.751,74 anuais para os rendimentos decorrentes de moléstia grave, análoga à concedida para os rendimentos de aposentadoria para declarantes com 65 anos ou mais. Assim, o impacto da introdução das alíquotas progressivas do IRPF foi suavizado nos centésimos de menor renda, diminuindo-se a isenção relativa conferida pela parcela isenta à medida que o referido rendimento cresce. O impacto fiscal resultante das estimativas empreendidas sobre a base de beneficiários é exibido na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8: Arrecadação adicional com o fim da isenção MG, R\$ milhões – Base de beneficiários.

Modo de Estimativa	Imposto Devido	Novo Imposto Devido	Adicional
Método I		16.696	14.035
Método II	2.661	8.477	5.816
Parcela isenta		12.843	10.182

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Como é possível verificar, o impacto estimado a partir da adição dos rendimentos isentos de moléstia grave aos rendimentos tributáveis e aplicação da tabela progressiva (Método I) resulta em um valor similar ao encontrado para a base que contém todos os declarantes do IRPF (Tabela 6, p. 24), sendo 0,3% superior a esta. Já a aplicação da razão entre o imposto devido e os rendimentos tributáveis de cada centésimo sobre o rendimento isento (Método II) retorna um valor significativamente menor em relação ao equivalente na base com todos os contribuintes, em cerca de 23,8%. Isso ocorre pela diferença de posicionamento dos recebedores de rendimentos de moléstia grave nas duas tabulações, pois, por estarem mais concentrados nos décimos superiores na base para todos os contribuintes, a estimativa os sujeita a alíquotas mais altas do que na base de dados que conta apenas com os beneficiários. A estimativa aplicando uma parcela isenta ao rendimento decorrente de moléstia grave resulta em um valor intermediário em relação aos dois métodos anteriores, com uma arrecadação adicional de R\$ 10,2 bilhões.

O impacto distributivo das medidas – restrito apenas ao universo de beneficiários – é apresentado na Tabela 9 abaixo. Como se pode notar, a introdução da tributação sobre o rendimento resulta em uma redução do coeficiente de Gini da renda total líquida de no mínimo o dobro em relação ao impacto sob a legislação vigente. É interessante observar que a maior redução no Gini é alcançada a partir da introdução de uma parcela isenta sobre o rendimento, ainda que o seu impacto na arrecadação não seja o maior dentre os métodos empregados. Da mesma forma, o Método I, com maior impacto fiscal, é o que menos reduz a desigualdade de renda entre os beneficiários, visto que, dentre os métodos empregados para o cálculo, é o que atinge todos os estratos de forma mais homogênea.

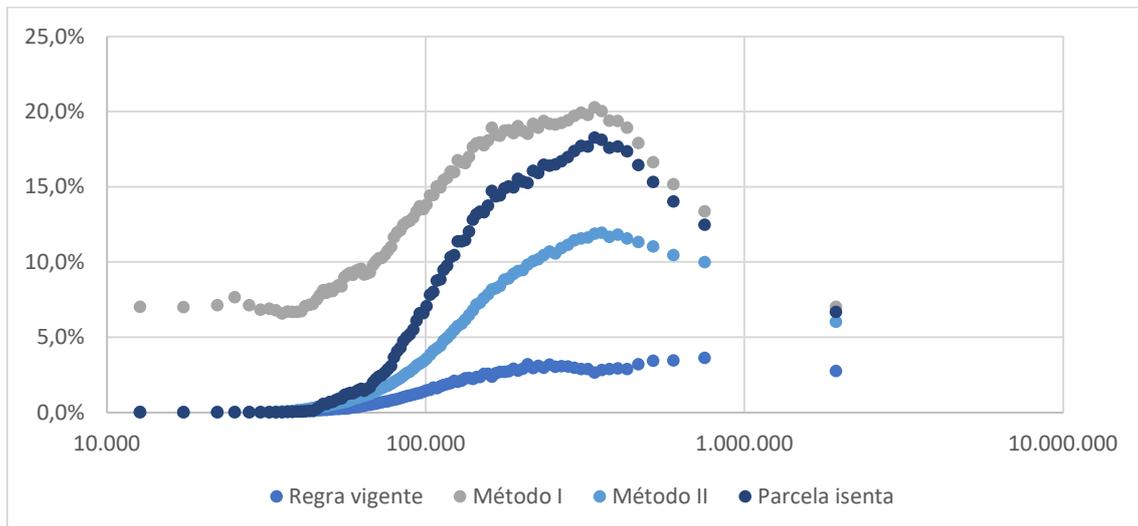
Tabela 9: Impacto distributivo do fim da isenção de moléstia grave – Base de beneficiários.

Variáveis	Renda Total Bruta	Renda Total Líquida Vigente	Renda Total Líquida - Método I	Renda Total Líquida - Método II	Renda Total Líquida - Parcela Isenta
Coefficiente de Gini	0,5083	0,5035	0,4989	0,4916	0,4860
Redução em relação à Renda Total Bruta	-	-0,9%	-1,9%	-3,3%	-4,4%
Redução em relação à Renda Total Líquida Vigente	-	-	-0,9%	-2,4%	-3,5%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME.

Esses efeitos ocorrem porque a introdução de uma parcela isenta evita a tributação sobre uma proporção maior dos rendimentos de beneficiários dos estratos inferiores, enquanto a introdução de uma tributação progressiva sobre a integralidade desses rendimentos exerce o impacto contrário nos mesmos estratos. Os impactos sobre cada centésimo podem ser observados no Gráfico 12 a seguir.

Gráfico 12: Alíquota efetiva por centésimo de acordo com o modo de tributação – Base de beneficiários.



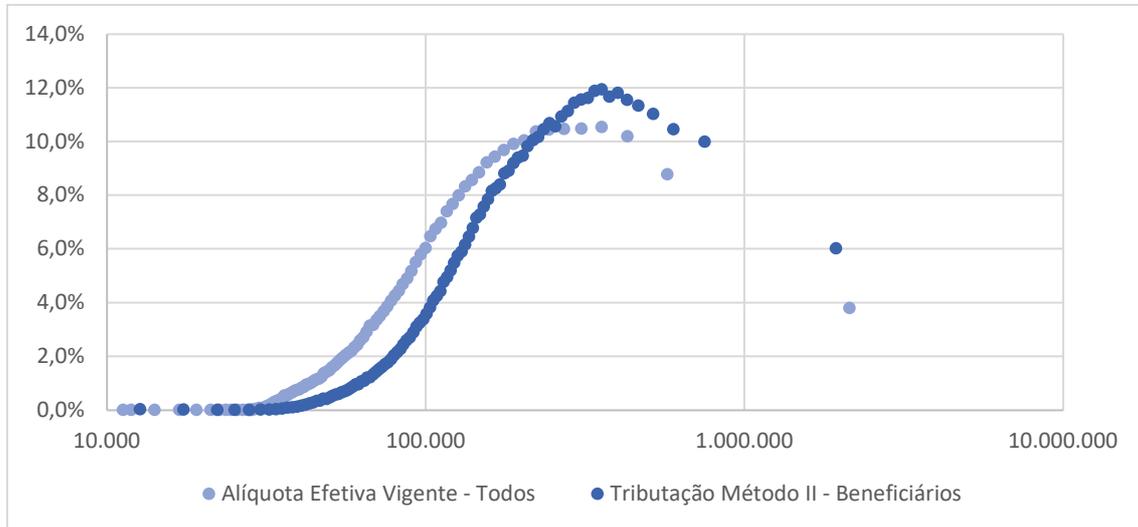
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (um centésimo) para melhor visualização.

Conforme se nota, as alíquotas efetivas encontradas a partir do Método I e de sua aplicação precedida de uma parcela isenta são significativamente maiores do que a alíquota efetiva vigente sobre todos os contribuintes (Gráfico 11, p. 25). No caso da alíquota efetiva vigente sobre todos os contribuintes, os centésimos com rendimento em torno de R\$ 100 mil anuais são tributados em média em 6%, ultrapassando 10% apenas a partir dos R\$ 200 mil anuais, sem nunca atingir 11% em qualquer centésimo. O Gráfico 12 mostra, entretanto, que as duas estimativas empregadas sobre os dados contendo apenas os beneficiários sugerem que estas talvez não sejam factíveis neste recorte, visto que a alíquota efetiva se torna muito mais alta para os centésimos de beneficiários com rendas análogas, ultrapassando os 10% e atingindo os 20% para um grande segmento de centésimos.

A estimativa de tributação dos rendimentos isentos decorrentes de moléstia grave a partir do Método II, entretanto, resulta em uma alíquota efetiva para o grupo dos beneficiários mais próxima da alíquota efetiva atualmente verificada sobre o universo de todos os contribuintes. O conjunto das alíquotas efetivas suportadas pelos dois grupos é plotado no Gráfico 13 adiante. Nota-se que, com o fim da isenção, a nova alíquota efetiva dos beneficiários apresenta uma

trajetória bastante similar à da alíquota efetiva vigente para todos os contribuintes. Ela fica recorrentemente abaixo da vigente a partir dos R\$ 35 mil anuais, em cerca de 1 ponto percentual, até cruzar a curva vigente ao redor dos R\$ 225 mil anuais, quando passa a ser cerca de 1,5 ponto percentual maior nos centésimos seguintes.

Gráfico 13: Comparação de alíquotas efetivas por grupos.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RFB/ME. Renda em escala logarítmica. Omitidos os centésimos com renda média abaixo de R\$ 10 mil (6 centésimos em Todos e 1 em Beneficiários) para melhor visualização.

Assim, essa estimativa de tributação é a que mais aproxima o formato da nova alíquota efetiva dos beneficiários com o da alíquota efetiva vigente sobre todos os grupos, o que sugere que talvez essa estimativa possa ser mais verossímil em termos de impacto fiscal e distributivo. Se realmente este for o caso, as estimativas apontam que, em 2017, o fim da isenção para rendimentos decorrentes de moléstia grave implicaria uma arrecadação adicional entre R\$ 5 e R\$ 8 bilhões.

3 Perfil dos doentes: incidência e prevalência das moléstias na população

Uma vez identificado o público beneficiado pela isenção avaliada, aproximadamente 700.000 indivíduos, o próximo passo é a uma aproximação da população-alvo da política. Ou seja, conseguir o número de brasileiros acometidos anualmente por estas moléstias (incidência) e qual a população por elas afetada (prevalência). Não foi possível obter dados atualizados para todas as moléstias e sempre serão apresentados os dados mais recentes para sua prevalência e incidência no país. Como a política é dirigida aos aposentados, sempre que possível os dados serão desagregados para a população de idosos.

A legislação que rege a isenção de rendimentos apenas menciona nominalmente as moléstias condicionantes e, portanto, não explicita seus códigos na Classificação Internacional de Doenças (CID). Essa limitação dificulta e cria ambiguidade na identificação dos indivíduos que seriam elegíveis a essa isenção. Assim para elaboração desse relatório foi feita a correspondência dos códigos da CID-10 com as moléstias nominalmente mencionadas na lei, através da descrição disponível dos códigos na classificação. A tabela 10 mostra essa correspondência, que será usada

principalmente na análise dos dados de mortalidade, morbidade e gastos do Ministério da Saúde. A única moléstia para o qual não foi possível identificar uma classificação foi contaminação por radiação, e assim não será possível apresentar seus dados nesse relatório. Além disso, moléstias como alienação mental e cardiopatia grave são muito abrangentes e podem ser encaixadas em um grande número de classificações, e podem não necessariamente se encaixar na intenção original dos legisladores. Além disso, a lei específica algumas doenças como “graves”, uma avaliação abstrata que não é claramente capturada pelo CID. Assim a correspondência na Tabela 10 não deve ser interpretada literalmente e é apenas um exercício para permitir a aproximação aos valores desejados.

As moléstias para as quais foram encontrados dados de prevalência e incidência foram AIDS, tuberculose, hanseníase, cardiopatias graves, neoplasias malignas (câncer), cegueira, doença de Parkinson e nefropatias grave. Dependendo da moléstia seus dados estavam disponíveis em diferentes fontes, que sempre serão explicitadas durante o texto. Por isso nem sempre foi possível se padronizar a desagregações entre as diferentes doenças. Deve-se destacar, também, o fato de as estimativas serem realizadas, em sua maioria, a partir de dados informados nos sistemas do SUS, sendo passíveis de subnotificações e subregistros de diferentes naturezas. Assim, as comparações entre essas moléstias devem ser feitas com cautela. Entretanto, o objetivo principal é apresentar os casos para ter alguma dimensão de sua prevalência e incidência em comparação com os quantitativos de beneficiários da renúncia tributária para “Moléstias Graves”.

Tabela 10: Correspondência das moléstias condicionantes para isenção com a CID-10.

Moléstia Grave	CID-10
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24
Alienação mental	F00-F99
Cardiopatia grave	I00-I99
Cegueira	H54
Contaminação por radiação	-
Doença de Paget em estados avançados (Osteíte deformante)	M88
Doença de Parkinson	G20
Esclerose múltipla	G30
Espondiloartrose anquilosante	M45
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84
Hanseníase	A30
Nefropatia grave	N00-N23, N30
Hepatopatia grave	B16, B15, B17-B19
Neoplasia maligna	C00-C96
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83
Síndrome de Talidomida	Q71
Tuberculose ativa	A15-A16

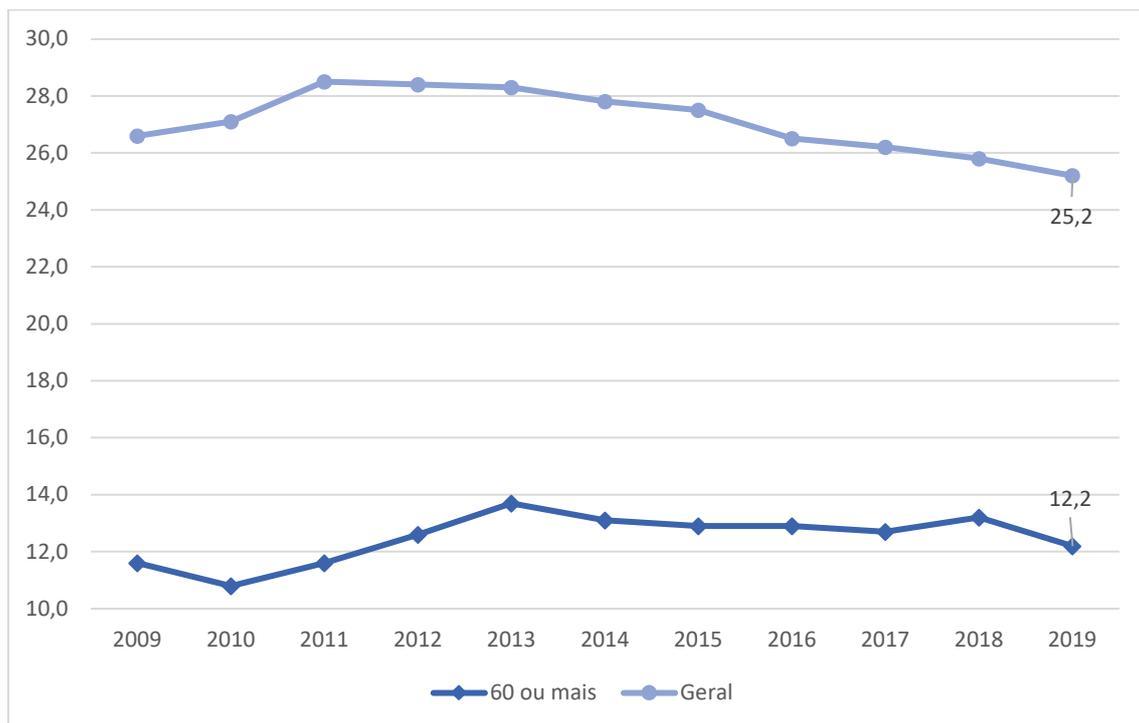
Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação à AIDS, aproximadamente 38 milhões de pessoas, segundo a UNAIDS, viviam com a doença em 2019. No relatório do Brasil esse número é estimado entre 420.000 e 1.300.000 pessoas, dentre as quais aproximadamente 630 mil pessoas encontravam-se em terapia retroviral, sendo esse tratamento fornecido pelo SUS. No país a doença consta na lista nacional de doenças de notificação compulsória e, portanto, é possível acompanhar através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Boletim Epidemiológico de 2020, elaborado

pelo Ministério da Saúde, informa mais de 41.000 novas notificações da doença em 2019, sendo 1.600 novos casos em indivíduos de 60 anos ou mais.

A Gráfico 14 mostra a evolução da taxa de incidência por 100.000 habitantes no Brasil de 2009 a 2019, para toda a população e para a população com 60 anos ou mais. Enquanto o primeiro grupo apresenta uma tendência de queda a partir de 2011, a população idosa soropositiva continua estável no período, com uma pequena queda no ao final da série. O Boletim Epidemiológico mostra também que 17% das novas notificações eram de pessoas que possuíam Ensino Superior e 23,9% possuíam Ensino Médio. Esses valores são similares para a população em geral (17,2% e 24,53% respectivamente em 2019⁵).

Gráfico 14: Incidência de AIDS por 100.000 habitantes, total e 60 anos ou mais.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV 2020, Ministério da Saúde.

A Hanseníase (lepra) é outra moléstia acompanhada pelo SINAN, o Gráfico 15 mostra sua taxa de incidência no período disponível pelo Boletim Epidemiológico de 2020, sendo mais elevada entre idosos. O mesmo relatório estima mais de 28.000 casos novos no país em 2018, sendo 1.700 de grau 2 de incapacidade física, onde há incapacidade e deformidade. A prevalência na população brasileira é de 53.000, sendo aproximadamente 10.000 para indivíduos com mais de 70 anos⁶ e até o final de 2018 havia mais de 30.000 casos em curso de tratamento⁷.

Revisão da literatura feita por Oliveira *et al.* (2021) aponta taxas mais altas em homens, brasileiros com baixa escolaridade, de baixa renda, solteiros e na faixa etária de 40 a 60 anos (Da Silva *et al.*, 2020). Dados do boletim mostram que, em 2018, 49% dos novos casos eram em indivíduos com escolaridade até o Ensino Fundamental Incompleto e apenas 4% tinham Ensino Superior completo. Santos et al (2020) chamam atenção para os casos em menores de 15 anos.

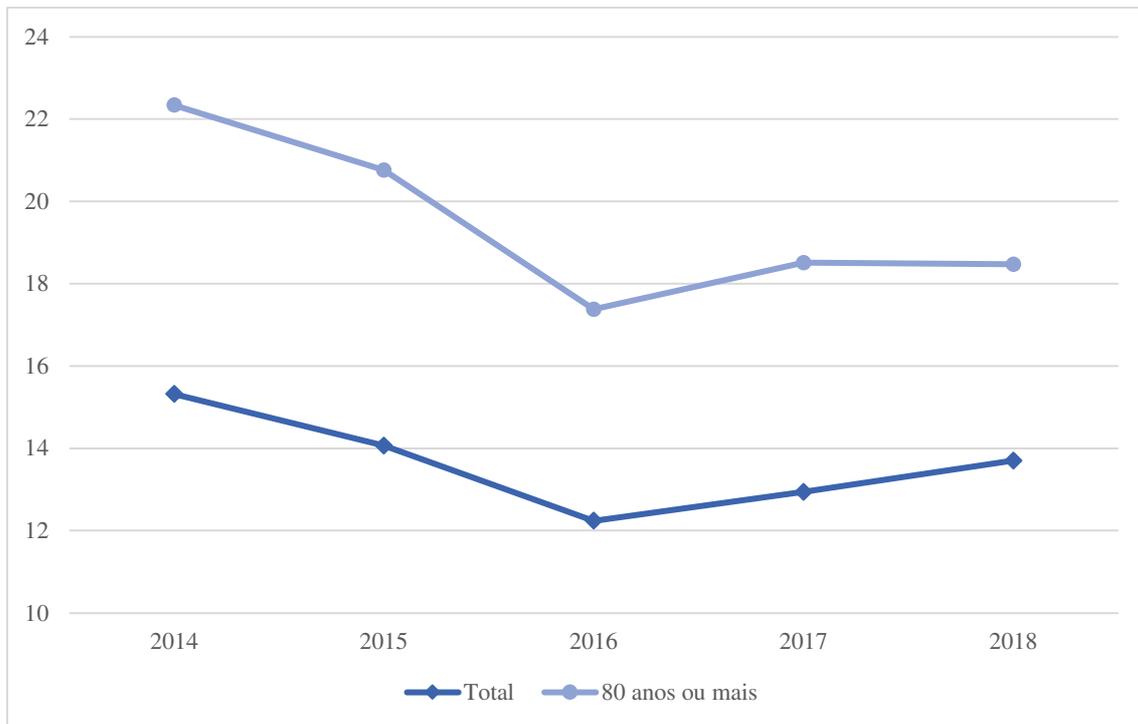
⁵ PNAD Contínua 1ª entrevista.

⁶ Global Health Data Exchange (GHDx) - Health Metrics and Evaluation (IHME), disponível em: <http://ihmeuw.org/5h1f>.

⁷ Boletim Epidemiológico Hanseníase 2020, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseniaze-2020>.

Como a doença possui um período de incubação de que pode chegar até 10 anos, esses casos podem revelar exposição precoce e concentração de casos em uma determinada região. Houve redução da taxa de detecção com aumento de contatos examinados, indicativo de melhoria na vigilância. Entretanto, eles alertam para a redução na proporção de cura, indicando problemas no tratamento e no seu acompanhamento pelo sistema de saúde. Destacam, também, variações temporais na qualidade da informação.

Gráfico 15: Incidência de Hanseníase por 100.000 habitantes, total e 80 anos ou mais.



Fonte: Boletim Epidemiológico Hanseníase 2020, Ministério da Saúde.

Em 2019, foram informados 4,5 mil óbitos por tuberculose no Brasil⁸. Nesse ano houve mais de 73 mil novos casos sendo 6.400 de pessoas com mais de 65 anos⁹. A taxa de incidência por 100 mil habitantes estimada teria reduzido de 41,9 em 2002 para 36,8 em 2019, entretanto parece haver uma reversão nessa tendência quando se analisa os anos finais da série. Há uma tendência de redução da incidência na população de 60 anos ou mais, mas com uma aparente estabilidade nos últimos anos (Gráfico 16). Apesar dessa melhora dados globais mostram que ainda existem 56 milhões de pessoas afetadas pela moléstia no país, sendo 3 milhões com mais de 70 anos¹⁰.

A tuberculose está associada a piores condições socioeconômicas, com maiores incidências entre homens em idade de trabalhar com escolaridade baixa (Fontes *et al.* 2019). De acordo

⁸ SIM / MS, disponível em:

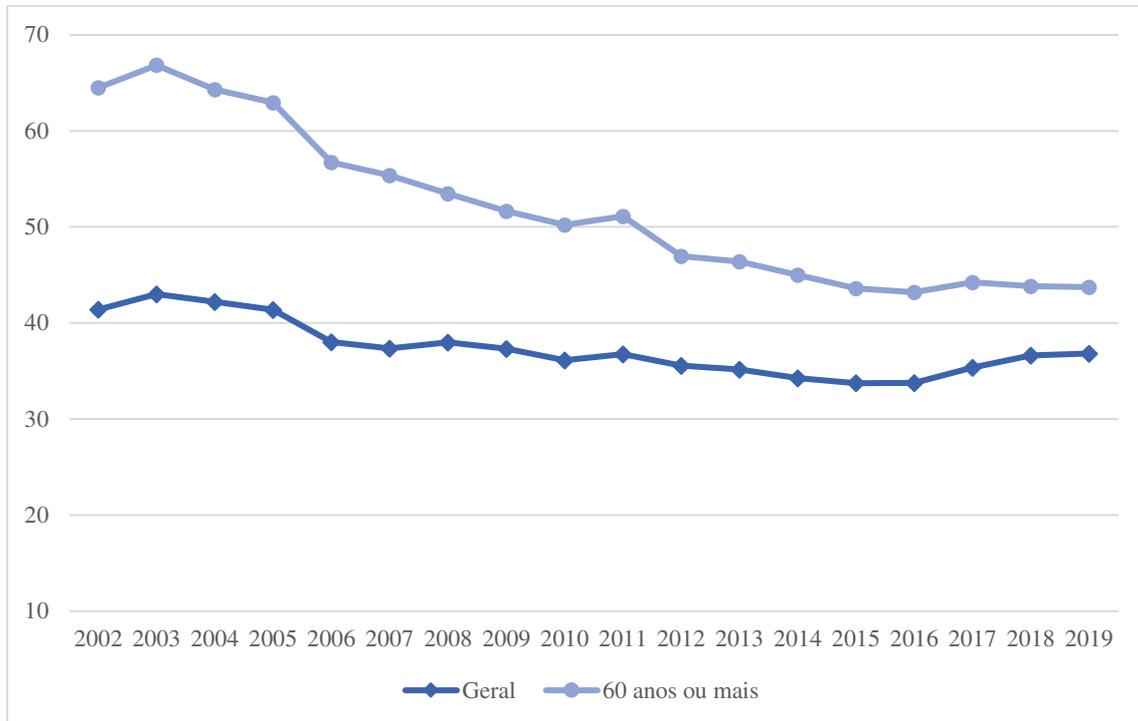
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/media/pagina/2020/67217_/apresentacao_padrao_nov_2020.pdf

⁹ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>

¹⁰ Global Health Data Exchange (GHDx) - Health Metrics and Evaluation (IHME), <http://ihmeuw.org/5h1k>

com os dados do SINAN, em 2019, mais de um terço dos pacientes com casos novos não possuíam Ensino Fundamental completo.

Gráfico 16: Incidência de Hanseníase por 100.000 habitantes, total e 80 anos ou mais.



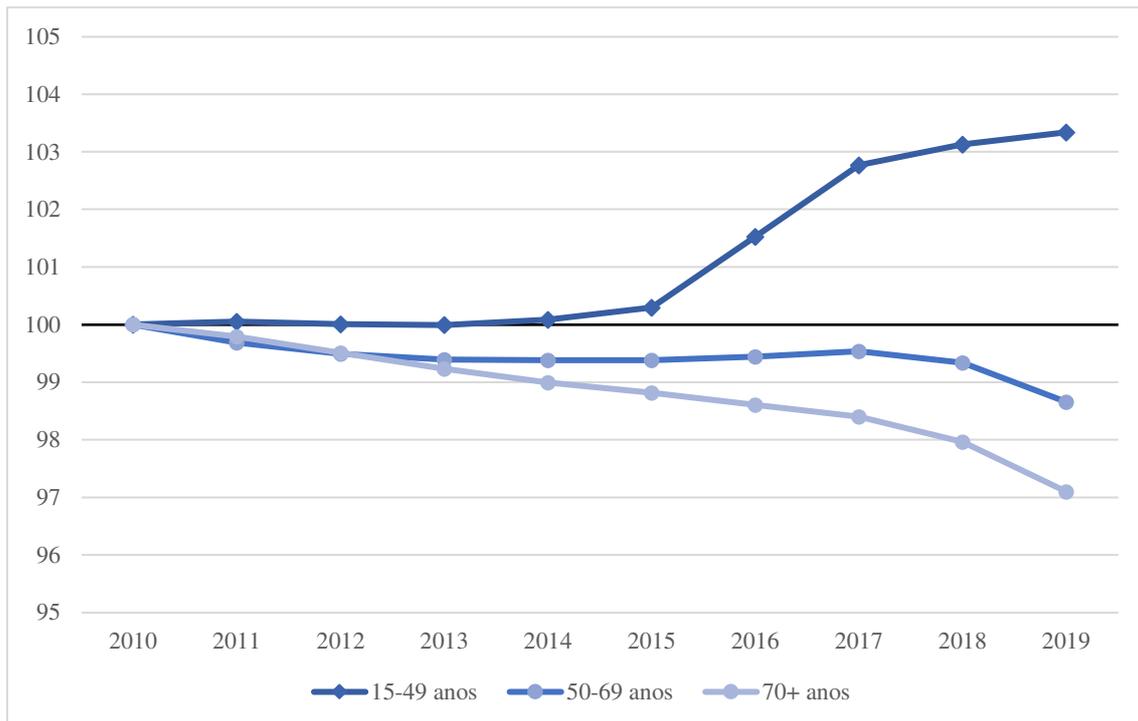
Fonte: SINAN - Ministério da Saúde e IBGE, elaboração dos autores.

As cardiopatias graves, que também fazem parte da lista de isenções, têm importante destaque por serem a principal causa de morte no mundo e no Brasil (Oliveira et al. 2020). Pelas estimativas apresentadas pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME) em seu *Global Health Database Exchange* (GHDx) entre 11,8 e 13,6 milhões de brasileiros apresentavam doenças cardiovasculares em 2019, sendo que desses, 3,9 a 4,6 milhões eram pessoas com 70 anos ou mais. A mesma fonte estima que, em 2019, se contabilizou aproximadamente 1 milhão de novos casos, sendo 370 mil de indivíduos com mais de 70 anos. É importante destacar que esses números se referem a todas as doenças cardiovasculares¹¹ e é possível que sua definição seja mais abrangente que a intencionada pela legislação da isenção. Todavia, a falta de clareza sobre quais CID devem ser consideradas para efeitos de isenção, faz com esses números sejam uma referência importante.

De acordo com dados da PNS, as maiores taxa de prevalência estão associadas às mulheres (4,4%), às idades mais avançadas (12,6% para 65 anos ou mais), e à baixa escolaridade (fundamental incompleto - 6,3%) (Gonçalves et al. 2019). Em 2019, a taxa de incidência foi de 2,8 mil por 100 habitantes para pessoas entre 15 e 49 anos, 12 mil para 50 a 69 anos e 32,6 mil para quem tinha mais de 70 anos. Apesar dessa predominância da população idosa, o gráfico 17 mostra que ao longo da década esse indicador tem apresentado redução para faixas etárias mais elevadas, enquanto aumenta para a população relativamente mais jovem. Isso traz uma alerta para a importância de políticas que atuem na prevenção dessas doenças.

¹¹ O mapeamento do CID-10 usado pela GHDx está disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-cause-icd-code-mappings>

Gráfico 17: Evolução da Incidência de doenças cardiovasculares por 100.000 habitantes (2010 = 100).



Fonte: *Global Health Data Exchange (GHDx) - Health Metrics and Evaluation (IHME)*, elaboração dos autores.

A segunda maior causa de morte no mundo e no Brasil é o câncer (Oliveira et al. 2015). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) houve 620.000 novos casos em 2019, enquanto o GHDx estima que a população brasileira afetada seja em torno de 9 milhões no mesmo ano. Dados da PNS mostram que as taxas de prevalência novamente aumentam com a idade (5,7% para 65 a 74 anos e 7,7% para mais de 75 anos) e indicam também que são maiores para mulheres (2%) e para pessoas com ensino superior completo (3%) (Oliveira et al. 2015).

A tabela 11 apresenta uma síntese dos dados obtidos, para prevalência e incidência, na população geral e para a população de idosos. Como os dados disponibilizados de beneficiários da isenção não discriminam por moléstia não é possível comparar por essa desagregação, mas dadas as dimensões das prevalências mostradas na tabela é claro que essa política atinge uma parcela muito pequena dessas populações. Ainda levando em conta que os beneficiários possuem um perfil de renda mais elevada pode-se inferir que os gastos tributários não são encaminhados para doenças onde o perfil da população é de baixa escolaridade e renda, como a tuberculose e a hanseníase. Ainda, como se trata de uma população que recebe aposentadorias, é possível supor que há uma maior proporção de doenças com maior incidência em idosos de renda mais alta.

Outro ponto relevante é refere-se ao fato de parte dessas doenças terem possibilidade de cura. Assim, uma pessoa com tuberculose detectada entra em tratamento o qual, em geral, tem duração de seis meses e grandes chances de cura se feito corretamente. Assim, casos de tuberculose ativa de longa duração são raros e trazem o questionamento sobre como tem sido feito o acompanhamento dessas isenções para os curados. Essa observação vale, também, para os casos de câncer, algumas cardiopatias cuja gravidade pode ser reduzida com tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Com isso, a legislação deveria ter mais clareza não somente sobre as CID, mas, também, sobre os mecanismos de acompanhamento dos casos.

Tabela 11: Incidência e prevalência populacional no Brasil de doenças selecionadas.

Moléstia	Ano	Total		Idosos	
		Incidência	Prevalência	Incidência	Prevalência
HIV e AIDS	2018;2019	41,000 ¹²	920,000 ¹¹	1.600 (mais de 60 anos) ¹¹	28.000 (mais de 70 anos) ¹³
Hanseníase	2018;2019	27,000 ¹⁴	53,000 ¹²	7.000 ¹³ (mais de 60 anos)	10.000 (mais de 70 anos) ¹²
Tuberculose	2018;2019	73,000 ¹⁵	56 milhões ¹²	6.400 ¹⁰ (mais de 65 anos)	3 milhões (mais de 70 anos) ¹²
Cardiopatas graves	2019	1 milhão ¹²	12 milhões ¹²	370 mil ¹² (mais de 70 anos)	4,2 milhões (mais de 70 anos) ¹²
Neoplasia maligna	2019;2020	620,000 ¹⁶	1,8 milhão ¹²	180.000 ¹² (mais de 70 anos)	300.000 (mais de 70 anos) ¹²
Cegueira	2018	-	1.5 milhão ¹⁷	-	66,3 mil (mais de 50 anos) ¹²
Parkinson	2019	24,900 ¹²	200,000 ¹²	14.000 ¹² (mais de 70 anos)	180.000 (mais de 70 anos) ¹²
Nefropatia grave	2019	580,000 ¹²	17 milhões ¹²	197.000 ¹² (mais de 70 anos)	5 milhões (mais de 70 anos) ¹²

Fontes: Boletins Epidemiológicos - Ministério da Saúde; Global Health Data Exchange (GHDx) - Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

¹² UNAIDS.

¹³ *Global Health Data Exchange (GHDx) - Health Metrics and Evaluation (IHME)*.

¹⁴ Boletim Epidemiológico Hanseníase 2020 – MS.

¹⁵ Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2020 – MS.

¹⁶ Instituto Nacional de Câncer (INCA).

¹⁷ Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2019).

4 Gastos na prevenção e no tratamento das moléstias

A Seção 2 apresentou os gastos tributários em 2018, aproximadamente 14 bilhões de reais. Com a intenção de se colocar esse valor em perspectiva serão apresentados nessa seção os gastos dos planos de saúde, dados do SUS sobre internações hospitalares, atenção ambulatorial e vigilância epidemiológica no país com as moléstias de interesse. Para os gastos públicos de internações e ambulatoriais foi possível obter informações do SUS sobre todas as moléstias exceto contaminação por radiação. Lembrando de que, como a legislação da isenção não especificou os códigos CID das moléstias, esses resultados são sempre uma aproximação do público mencionado.

4.1 Gastos privados

É importante para essa avaliação a comparação dos gastos das famílias e dos planos de saúde com os gastos tributários da isenção. Entretanto não existem dados disponíveis com discriminação por CID dos gastos familiares. A Pesquisa de Orçamentos Familiar (POF), normalmente usada no estudo desses gastos, não especifica para quais doenças os gastos de saúde foram direcionados.

Para planos de saúde, a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou os dados de gastos e eventos agregados por CID de internações. Os dados de gastos ambulatoriais realizados por meio de planos de saúde não estão disponíveis por CID, ou melhor, sua divulgação é obstaculizada pelas entidades médicas com o argumento do sigilo médico. Além disso não foi possível realizar análises para a população idosa.

A tabela 12 mostra os dados de gastos por meio de plano de saúde com internações. Cardiopatias, neoplasias e nefropatias se destacam, lembrando que na seção anterior essas moléstias se caracterizavam por uma população afetada de maior idade e, no caso de neoplasias, com uma escolaridade maior, que é, também, o perfil de maior proporção entre os beneficiários de planos de saúde. O gasto total com as moléstias selecionadas para os planos de saúde foi de aproximadamente R\$ 9,7 bilhões para 400 mil eventos em 2019.

Tabela 12: Gastos das operadoras de planos com o tratamento das morbidades.

Moléstia	CID	Ano					
		2017		2018		2019	
		Qtd de eventos	Soma Valor total Informado (milhões R\$)	Qtd de eventos	Soma Valor total Informado (milhões R\$)	Qtd de eventos	Soma Valor total Informado (milhões R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	820	22,66	663	18,97	545	14,21
Alienação mental	F00-F99	73.524	504,72	70.629	498,29	74.635	722,24
Cardiopatia grave	I00-I99	314.636	4.728,25	285.702	4.185,64	295.137	4.849,50
Cegueira	H54	104	0,99	262	1,13	428	1,73
Doença de Paget em estados avançados	M88	29	0,20	62	0,58	41	0,32
Doença de Parkinson	G20	1.677	47,62	171	40,10	1.534	36,94
Esclerose múltipla	G30	4.749	85,38	4.409	65,71	3.642	48,87
Espondiloartrose anquilosante	M45	205	3,49	213	2,27	235	3,33
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	406	8,18	356	7,60	446	8,62
Hanseníase	A30	118	0,72	105	0,05	66	0,71
Nefropatia grave	N00-N23, N30	179.209	1.599,85	161.261	1.367,87	17.081	1.614,79
Hepatopatia grave	B16, B15, B17-B19	1.482	12,19	1.098	10,47	815	10,15
Neoplasia maligna	C00-C96	140.009	2.404,89	12.717	2.184,64	12.929	2.357,51
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	3.972	70,42	3.675	64,74	3.349	59,75
Síndrome de Talidomida	Q71	31	0,30	26	0,26	27	0,19
Tuberculose ativa	A15-A16	872	15,18	756	13,79	761	11,73
Total		721.843	9.505,04	542.105	8.462,11	411.671	9.740,57

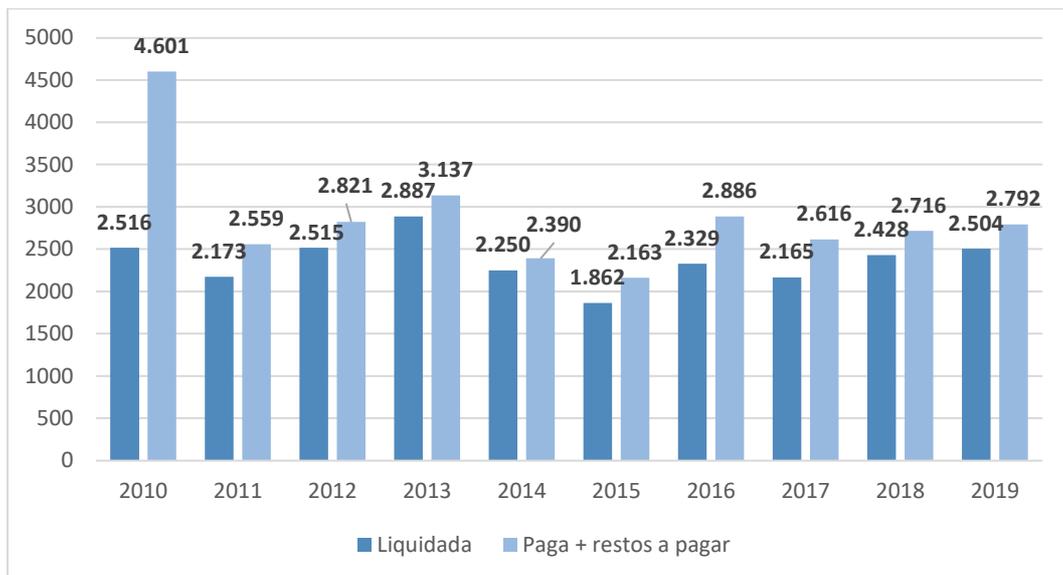
Fontes: Dados de Troca de Informações da Saúde Suplementar (D-TISS) - Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS).

4.2 Os gastos vigilância epidemiológica - prevenção e monitoramento das moléstias

Vigilância epidemiológica é o “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde”¹⁸. “As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil”¹⁹.

Viera e Benevides (2020) usaram dados de execução orçamentário-financeira do MS com ações e serviços públicos de saúde para estimar o total de gastos de 2010 a 2019. No orçamento federal, duas subfunções vinculadas à função 10 – saúde, registram a maior parte das despesas em vigilância em saúde: a subfunção 304 – vigilância sanitária, e a subfunção 305 – vigilância epidemiológica, que contempla gastos com bens, ações e serviços de vigilância epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Na subfunção 305, são registradas, além das despesas com ações e serviços de vigilância epidemiológica, gastos com vacinas, soros, imunoglobulinas e insumos utilizados na prevenção e no controle de doenças. O Gráfico 18 mostra esses resultados, o ano 2010 é um outlier devido à pandemia de *Influenza* (H1N1) em 2009, em todos os anos o gasto flutua em torno de 2,5 bilhões de reais.

Gráfico 18: Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde em vigilância em saúde (2010-2019, Em R\$ milhões de 2019).



Fonte: Viera e Benevides (2020).

4.3 Internações e atenção ambulatorial no SUS

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) conta com participação das três esferas de governo (SERVO *et al.*, 2013; Piola, Benevides e Vieira, 2018). Desde a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), a participação de estados e municípios tem aumentado, principalmente para esses últimos, que respondiam por 25,4% do gasto total em ASPS em 2003 e passaram a responder por 31,1% em 2017 (Piola, Benevides e Vieira, 2018). A parcela federal

¹⁸ <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>

¹⁹ <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>

financia ações por transferências fundo a fundo para estados e municípios e por meio de aplicações diretas para atendimentos ambulatoriais e hospitalares de atenção básica, média e alta complexidade. As formas de transferências são definidas por meio de portarias do Ministério da Saúde, após a pactuação dos critérios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A distribuição do financiamento altera-se de acordo com esses critérios (Piola, 2017).

A maior parte do recurso para a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (MAC) é feita por meio da definição de um teto, denominado Teto MAC (Piola, 2017). A produção deve ser informada nos sistemas de informação hospitalar (SIH) e ambulatorial (SIA). Entretanto, cabe observar que nem todo recurso aplicado pelo Ministério da Saúde tem uma contraparte nos valores informados no SIH e no SIA. A folha de salários e outros pagamentos feitos para as unidades vinculadas ao Ministério da Saúde, por exemplo, INCA e INTO, estão reportadas em outros sistemas tais como SIAPE, cujos dados não estão disponíveis facilmente em bancos de dados. Além disso, ainda da perspectiva federal, há gastos públicos em hospitais federais tais como os hospitais universitários, que contam com importante parcela dos recursos provenientes do Ministério da Educação e prestam atendimento pelo SUS. Além disso, há complementações de valores feitas por estados e municípios para esses atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

Como as informações dos sistemas financeiros, tais como SIAFI, não permitem a agregação por CID, um dos meios para chegar a uma aproximação dos valores pagos é pelos valores apresentados no SIA e SIH. Contudo, deve-se considerar que esses valores são um piso do que é efetivamente gasto com as CID relacionadas às moléstias graves. Para ter um valor mais próximo ao efetivamente gasto pelo SUS seria necessário realizar uma conta de doença, agregando os valores aplicados em unidades próprias do governo federal, valores aplicados pelo MEC e valores aplicados por estados e municípios por CID. Contudo, esse é o um trabalho que foge do escopo dessa avaliação. Assim, os dados apresentados nesse relatório foram consolidados a partir dos Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial, por CID.

4.3.1 Gastos com internações hospitalares

A Tabela 13 mostra os gastos do SUS com internações, restringindo para indivíduos com mais de 60 anos, a partir dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O objetivo é obter uma aproximação de uma das vias de gastos públicos no tratamento das enfermidades de interesse. Já que o público da isenção são os aposentados, o corte de idade é usado para se aproximar mais do que seria seu público-alvo.

Como esperado, os maiores gastos acontecem para as moléstias de maior incidência na população, cardiopatias, neoplasias e nefropatias, que também apresentam a maior quantidade de internações aprovadas. A tuberculose apresenta pequena quantidade quanto valor gasto com internações no SUS. Isso se deve ao fato de a maior parte dos casos de tuberculose serem tratados na atenção ambulatorial e somente os casos mais graves ou associados a outras causas, como HIV, levarem a internação. Em 2019 mais da metade das internações aprovadas e dos gastos foram relacionados a cardiopatia. O total gasto com as doenças listadas nesse ano soma aproximadamente R\$ 2,9 bilhões, com 970.000 internações aprovadas, deve-se destacar, novamente, que esse não é todo o gasto do SUS com essas doenças. Quanto a esse número é interessante compará-lo com os aproximadamente 700.000 beneficiários da isenção ao custo tributário de quase 14 bilhões em 2018. Infelizmente a falta da discriminação por moléstia dos gastos com a isenção deixa impossível sua comparação a esse nível de desagregação.

No Apêndice a Tabela A.1 repete a mesma tabela sem o filtro de idade. A distribuição dos custos entre as doenças não difere da tabela da população geral, e o total gasto soma aproximadamente R\$ 5,7 bilhões, com 2,6 milhões de internações aprovadas.

Tabela 13: Gastos do SUS com internações hospitalares (milhões R\$), população com 60 anos ou mais.

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		AIH aprovadas	Milhões (R\$)	AIH aprovadas	Milhões (R\$)	AIH aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	2.314	3,70	2.421	4,14	1.642	2,94
Alienação mental	F00-F99	44.188	47,92	42.852	47,60	33.018	37,35
Cardiopatia grave	I00-I99	690.467	1.815,50	714.470	1.932,65	564.025	1.602,80
Cegueira	H54	22	0,03	29	0,03	14	0,01
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	8	0,01	3	0,00	8	0,01
Doença de Parkinson	G20	817	2,39	786	2,22	594	1,54
Esclerose múltipla	G30	2.032	2,58	2.041	2,50	1.506	1,93
Espondiloartrose anquilosante	M45	51	0,09	68	0,07	57	0,10
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	172	0,14	161	0,17	119	0,10
Hanseníase	A30	797	0,68	841	0,72	647	0,72
Nefropatia grave	N00-N23, N30	98.985	173,87	107.528	193,50	85.078	153,68
Hepatopatia grave	B15-B19	1.106	1,53	1.027	1,20	874	0,94
Neoplasia maligna	C00-C96	306.411	706,88	333.481	755,24	278.087	646,68
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	2.360	4,94	2.475	5,02	2.061	4,43
Síndrome de Talidomida	Q71	22	0,01	8	0,01	6	0,00
Tuberculose ativa	A15-A16	2.890	5,26	3.021	5,26	2.544	4,99
Total		1.152.642	2.766	1.211.212	2.950	970.280	2.458

Fontes: SIHSUS – Ministério da Saúde.

4.3.2 Gastos ambulatoriais

Os dados de gastos ambulatoriais usados neste relatório são provenientes dos microdados disponibilizados pelo sistema SIASUS, especialmente da APAC e do Boletim de Produção Ambulatorial individualizado (BPA-I) que permitem sua desagregação de acordo com seu código CID-10 e idade do indivíduo atendido. Assim, os resultados serão apresentados de acordo com os dois principais aplicativos de inserção dos procedimentos no sistema. O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) é o documento de registro do atendimento ambulatorial, no qual são registrados os procedimentos de atenção básica (AB) e média complexidade (MC) que não exigem autorização prévia do gestor. No relatório apenas o BPA individualizado (BPA-I) será utilizado, já que permite a separação por idade do indivíduo contemplado. A Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) é o documento de registro no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local. Neste módulo é digitada a maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC).

A Tabela 14 mostra os gastos ambulatoriais provenientes do APAC para indivíduos com mais de 60 anos. No Apêndice a Tabela A.2 apresenta esses dados para toda população. Em relação à quantidade de procedimentos aprovados a nefropatia e alienação mental apresentam a maior proporção em ambas as tabelas. Entretanto, em relação ao valor gasto, a lista é os tratamentos ao câncer (oncológicos) são os que apresentam maior proporção. Em 2019 para idosos dos R\$ 1,35 bilhão gasto no total com as moléstias listadas, R\$ 1,24 bilhão foi para o tratamento de neoplasias malignas, contemplando 4,6 milhões de eventos. Já alienação mental, doença de Parkinson, esclerose múltipla e nefropatia possuem cada uma mais de 30 milhões de eventos enquanto seus gastos somados não ultrapassam o segundo evento com maiores gastos, cardiopatias, R\$ 62 milhões para 5,1 milhões de eventos. É preciso destacar que a maioria dessas doenças, assim, como tuberculose e aids, tem um volume de recursos alocados em tratamentos realizados na atenção básica e na atenção ambulatorial de média complexidade, não estando, portanto, registradas pelo APAC. No caso da tuberculose, não há nenhum recurso registrado na alta complexidade ambulatorial, por isso aparecem com valor zero nas tabelas.

Os gastos provenientes do BPA-I, ou seja, de média e baixa complexidade, aparecem nas Tabelas 16 e A.3 no Apêndice. Novamente são apresentados os dados gerais e restringindo para os indivíduos com mais de 60 anos. Primeiramente os valores gastos e o total de procedimentos são inferiores aos apresentados nas tabelas anteriores. Para pessoas com mais de 60 anos são 8,9 milhões de procedimentos ao custo de R\$ 216 milhões. A proporção de indivíduos com mais de 60 anos é menor na comparação com os dados provenientes do APAC. Esse valor é quase 40% para os procedimentos de alta e média complexidade com exigência de autorização prévia, enquanto na comparação com a Tabela 16 essa razão cai para pouco mais de 25%. Gastos com tuberculose aparecem nos dados provenientes do BPA-I, ainda em valores baixos, R\$ 110 mil gastos em 2019 para aproximadamente 2.300 eventos para pessoas com mais de 60 anos. Além de o BPA-I registrar um menor número de procedimentos que a APAC, a qualidade de seus registros também é diferente, havendo mais críticas e obrigatoriedades de preenchimento na APAC.

De forma geral os dados ambulatoriais se destacam por uma quantidade maior de eventos, mais de 400 milhões em 2019, e um total menor de gastos, se comparados com as internações e com os números da isenção avaliada apresentados na Seção 2.

Tabela 14: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos que exigem autorização prévia (APAC), população com 60 anos ou mais.

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	727	0,18	433	0,14	315	0,02
Alienação mental	F00-F99	42.090.796	7,04	45.525.900	2,21	47.859.632	1,00
Cardiopatia grave	I00-I99	4.938.011	58,92	5.192.335	62,47	5.192.566	40,97
Cegueira	H54	19	0,04	8	0,02	3	0,01
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	361	0,00	158	0,00	214	0,00
Doença de Parkinson	G20	41.062.598	15,24	38.439.943	4,72	39.869.803	3,61
Esclerose múltipla	G30	33.175.663	32,36	31.356.048	7,21	28.646.274	1,29
Espondiloartrose anquilosante	M45	468.782	0,00	569.512	0,00	617.278	0,00
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	93.000	1,09	101.084	0,24	91.928	0,14
Hanseníase	A30	362	0,13	372	0,12	178	0,05
Nefropatia grave	N00-N23, N30	42.940.267	22,28	41.067.196	22,43	41.508.638	18,90
Hepatopatia grave	B15-B19	4.730.939	0,00	5.565.086	0,00	4.452.192	0,00
Neoplasia maligna	C00-C96	8.435.597	1.124,14	4.693.270	1.245,92	1.906.915	1.179,37
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	15.042	4,66	15.947	5,04	11.046	3,52
Síndrome de Talidomida	Q71	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tuberculose ativa	A15-A16	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total		177.952.164	1.266,08	172.527.292	1.350,51	170.156.982	1.248,87

Fontes: SIASUS – Ministério da Saúde.

Tabela 15: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos sem exigência de autorização prévia (BPA-I), 60 anos ou mais

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	103.915	1,69	117.610	1,89	79.546	1,29
Alienação mental	F00-F99	604.312	9,35	666.869	10,29	461.256	6,54
Cardiopatía grave	I00-I99	2.187.603	64,87	2.324.194	74,66	1.384.494	51,57
Cegueira	H54	71.838	2,17	74.232	2,63	36.157	1,26
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	1.185	0,03	744	0,03	377	0,02
Doença de Parkinson	G20	187.591	2,45	210.568	2,66	92.133	1,22
Esclerose múltipla	G30	47.838	1,13	48.535	1,17	22.768	0,56
Espondiloartrose anquilosante	M45	12.602	0,09	12.938	0,11	8.770	0,07
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	1.445	0,01	1.227	0,01	612	0,01
Hanseníase	A30	171.097	2,82	150.660	3,07	84.955	2,08
Nefropatia grave	N00-N23, N30	534.081	11,68	557.890	12,37	467.791	9,37
Hepatopatia grave	B15-B19	145.766	7,17	186.036	6,74	138.088	4,32
Neoplasia maligna	C00-C96	3.020.959	71,69	3.839.705	88,66	3.606.811	82,28
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	803.390	12,08	798.505	12,12	379.969	6,79
Síndrome de Talidomida	Q71	78	0,00	31	0,00	21	0,00
Tuberculose ativa	A15-A16	2.740	0,13	2.977	0,11	3.067	0,09
Total		7.896.440	187,36	8.992.721	216,49	6.766.815	167,46

Fontes: SIASUS – Ministério da Saúde.

5 Principais achados, conclusões e recomendações

Os dados mostraram de forma clara que a população beneficiária, o contingente de doentes e a composição dos gastos com essas moléstias caracterizam a política como focada em parcela restrita da população portadora das moléstias, situada no topo da distribuição da renda, tendo, ademais, um custo muito elevado.

No ano calendário 2017 foram beneficiados pela isenção quase 708 mil declarantes do IRPF, somando R\$ 55,5 bilhões o total de aposentadorias e pensões objetos da isenção, o que, segundo estimativas da Receita Federal, resulta em um gasto tributário de R\$ 12,9 bilhões nesse mesmo ano. Chega-se assim a valores médios mensais por declarante da renda isenta e do benefício tributário de R\$ 6.540,04 e R\$ 1.523,21, respectivamente. Os declarantes com isenção contam com rendimentos mensais de R\$ 13.114,54. Considerando que os dados fiscais contemplam ao redor de 15 a 20% dos mais ricos da população adulta com rendimentos e que 68% dos beneficiários encontram-se entre os 40% mais ricos do universo de declarantes, tem-se que a maior parcela dos beneficiários encontram-se nos 5% mais ricos da população.

Verifica-se, ainda, que para a média dos declarantes com a isenção, as outras fontes de renda que não a objeto de isenção respondem por metade da renda total. Ou seja, os beneficiários contam com outras fontes de renda, mostrando, em alguma medida, haver espaço orçamentário para os gastos com as moléstias. Vale notar que os 10% beneficiários mais ricos se apropriam de 32% da renda isenta por moléstias graves, sendo que 60% da renda total desse grupo provém de outras fontes que não a isenta.

A alíquota média apurada para o ano calendário de 2017 para o universo de declarantes foi de 5,7%, atingindo o valor máximo no 97º centésimo (10,5%) e se reduzindo até 3,8% no 1º mais rico. No caso dos beneficiários da isenção por moléstia grave, a alíquota média é de 3,4%, com a maior alíquota atingindo tão somente 3,6% no 99º centésimo.

Tais achados dos dados tributários disponibilizados pela Receita Federal apontam que a hipótese subjacente de risco à manutenção do orçamento das famílias de portadores de moléstias graves não se sustenta, dado o nível de renda dos beneficiários e a composição desta. Além disso, verifica-se que o maior volume da isenção vai para um subconjunto pequeno de beneficiários.

As estimativas de prevalência das principais moléstias graves objeto da isenção entre a população idosa somadas totalizam cerca de 13 milhões de pessoas. Evidente que se incorre em dupla contagem, uma vez que há portadores de mais de uma moléstia, mas, de todo modo, se verifica a discrepância entre o universo de beneficiários e a população idosa portadoras dessas moléstias. Efetivamente, os beneficiários representam cerca de 5% da população idosa com as doenças, ou seja, uma parcela bastante reduzida é objeto do gasto.

Vale, antes de apresentarmos os dados dos gastos dos planos de saúde e do governo federal com essas moléstias, apresentar os grandes números quanto à participação do setor público, dos planos privados, das famílias e das entidades filantrópicas no consumo de bens e serviços de saúde. Segundo Silveira *et al.* (2020), em 2018, o segmento da saúde apresentou um gasto total de R\$ 493 bilhões, com as famílias respondendo por 26,0% desse gasto, com destaque para a participação delas no gasto com medicamentos, de 86,2%. Já para os gastos com internações hospitalares e com atendimentos ambulatoriais, as famílias respondem por 8,4% e 16,6%, respectivamente. Fica claro, portanto, que o gasto direto das famílias tem um peso reduzido nos procedimentos ambulatoriais e, especialmente, nas internações hospitalares.

Estima-se que o gasto federal com vigilância epidemiológica e com internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade para com essas moléstias totalizaram, em 2019, R\$ 12,1 bilhões, o que representa 80% do gasto tributário com a isenção nesse mesmo ano, sendo que o SUS fornece medicamentos e tratamentos para várias dessas doenças, inclusive tratamentos antirretrovirais e para tuberculose para pessoas que podem estar, também, entre os beneficiários da isenção tributária. Restringindo, os gastos federais com internações e procedimentos de média e alta

complexidade à população com 60 anos e mais, chega-se a R\$ 4,5 bilhões, ou seja, cerca de 1/3 do gasto tributário. Concretamente, os gastos federais com internações hospitalares com portadores dessas moléstias com 60 anos e mais atingiram, em 2019, R\$ 2,95 bilhões, respondendo por 52% do dispêndio federal com internações para essas doenças. Já os gastos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados pelo governo federal relacionados com as doenças objeto do benefício atingiram, em 2019, R\$ 3,61 bilhões. Por fim, os gastos dos planos de saúde com internações ligadas à essas moléstias totalizaram, em 2019, quase R\$ 10 bilhões, respondendo por 1/5 do total dispendido com internações hospitalares.

Os gastos hospitalares dos planos privados de saúde somados aos realizados pelo governo federal em internações e procedimentos ambulatoriais totalizaram, em 2019, cerca de R\$ 20 bilhões, ou seja, somente 1/3 superior ao gasto tributário.

Conclui-se, portanto, que o gasto público indireto, por meio da isenção, é 3,3 vezes superior ao gasto federal diretamente informado nos sistemas de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade com as moléstias, se dirigindo a 5% da população idosa portadoras dessas doenças e que se situam, em sua maioria, nos 5% mais ricos da população adulta.

Não resta dúvida, portanto, que a extinção da isenção é a recomendação que se extrai dos achados e conclusões sobre beneficiários, doentes e gastos. A revogação do inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88 implicaria, segundo as estimativas realizadas, um aporte de recursos da ordem de R\$ 10 bilhões que poderiam ser destinados ao gasto público direto em saúde, ou seja, no fortalecimento do SUS.

Referências bibliográficas

CASTRO, F. A.; BUGARIN, M. S. A progressividade do imposto de renda da pessoa física no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, vol. 47, n. 2, pp. 259-293, 2017.

CASTRO, F. A. **Imposto de Renda da Pessoa Física: comparações internacionais, medidas de progressividade e redistribuição**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, UnB, Brasília, 2014.

MORGAN, M. **Income inequality, growth and elite taxation in Brazil: new evidence combining survey and fiscal data, 2001-2015**. Brasília: IPC-IG, 2018. (IPC-IG Working Paper).

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R. O. **Progressividade tributária: a agenda negligenciada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2190).

DA SILVA, Maria Dayane Pereira et al. **Hanseníase no Brasil: uma revisão integrativa sobre as características sociodemográficas e clínicas**. Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. e82491110745-e82491110745, 2020.

FERNANDES, R. C.; CAMPOLINA, B.; SILVEIRA, F. G. Impacto distributivo do Imposto de Renda no Brasil. In: AFONSO, J. R. et al. (Orgs.). **Tributação e desigualdade**. Belo Horizonte: Letramento, 2017.

FONTES, Giuliano José Fialho et al. **Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Brasil no Período de 2012 a 2016**. Revista Brasileira de Educação e Saúde, v. 9, n. 1, p. 19-26, 2019.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. **Prevalence of diagnosis and types of cancer in the elderly: data from National Health Survey 2013**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 23, n. 2, p. e200023, 2020.

GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca et al. **Diagnóstico médico autorreferido de doença cardíaca e fatores de risco associados: Pesquisa Nacional de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, p. E190016. SUPL. 2, 2019.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. **Estatística Cardiovascular–Brasil 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.

- OLIVEIRA, Tauane da Mata Vieira et al. **Perfil epidemiológico da Hanseníase no Brasil: uma análise de 2014 a 2019**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 16812-16820, 2021.
- OLIVEIRA, Max Moura de et al. **Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 146-157, 2015.
- PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão, 2013.
- PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. 2018.
- PIOLA, Sérgio F. **Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012**. Texto para Discussão, 2017.
- SANTOS, Álisson Neves et al. **Perfil epidemiológico e tendência da hanseníase em menores de 15 anos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020.
- SILVEIRA, F. G.; FERNANDES, R. C.; PASSOS, L. **Benefícios fiscais do imposto sobre a renda da pessoa física e seus impactos redistributivos**. Brasília: Ipea, 2019. (Nota Técnica, n. 97).
- SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. **Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil**. Textos para Discussão; n. 43. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Gasto federal com vigilância em saúde na última década e necessidade de reforço do orçamento do Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia pelo coronavírus**. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 61).
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure**. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 127, 2020.

Apêndice A

Tabela A.16: Gastos do SUS com internações hospitalares (milhões R\$).

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		AIH aprovadas	Milhões (R\$)	AIH aprovadas	Milhões (R\$)	AIH aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	31.160	46,79	30.805	48,08	21.318	34,56
Alienação mental	F00-F99	352.507	332,74	356.128	348,01	275.596	274,64
Cardiopatia grave	I00-I99	1.160.371	2.931,71	1.187.149	3.097,34	914.725	2.552,59
Cegueira	H54	86	0,10	82	0,08	49	0,04
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	16	0,02	16	0,01	17	0,02
Doença de Parkinson	G20	1.120	4,26	1.129	4,51	787	2,74
Esclerose múltipla	G30	2.114	2,69	2.117	2,63	1.553	2,01
Espondiloartrose anquilosante	M45	237	0,36	306	0,36	254	0,33
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	1.374	2,45	1.509	2,81	962	2,04
Hanseníase	A30	2.982	2,07	3.040	2,12	2.236	2,03
Nefropatia grave	N00-N23, N30	305.124	530,42	318.676	568,38	247.262	449,98
Hepatopatia grave	B15-B19	4.891	4,73	4.388	3,56	3.194	2,81
Neoplasia maligna	C00-C96	628.802	1.492,79	669.572	1.567,06	564.681	1.360,72
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	26.124	49,58	25.017	47,62	20.351	39,98
Síndrome de Talidomida	Q71	152	0,09	102	0,08	72	0,05
Tuberculose ativa	A15-A16	18.166	28,73	18.589	28,86	15.612	26,41
Total		2.535.226	5.430	2.618.625	5.722	2.068.669	4.751

Fontes: SIHSUS – Ministério da Saúde.

Tabela A.17: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos que exigem autorização prévia (APAC).

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	4.507	0,76	3.081	0,57	1.472	0,14
Alienação mental	F00-F99	190.494.614	34,11	205.324.537	11,85	201.942.103	7,68
Cardiopatía grave	I00-I99	10.399.907	117,84	10.851.702	123,90	11.118.968	80,81
Cegueira	H54	54	0,11	11	0,02	14	0,03
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	405	0,00	160	0,00	262	0,00
Doença de Parkinson	G20	52.170.926	19,14	48.864.610	6,10	50.698.885	4,75
Esclerose múltipla	G30	33.832.088	32,92	31.955.045	7,33	29.176.988	1,30
Espondiloartrose anquilosante	M45	3.292.717	0,00	3.728.729	0,00	3.884.746	0,00
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	9.026.535	60,49	9.462.705	13,88	9.457.135	13,58
Hanseníase	A30	526	0,16	628	0,17	301	0,09
Nefropatia grave	N00-N23, N30	106.295.888	68,78	101.535.150	68,13	102.174.376	53,05
Hepatopatia grave	B15-B19	15.469.587	0,00	17.783.083	0,00	14.067.680	0,00
Neoplasia maligna	C00-C96	15.013.373	2.280,82	8.228.190	2.490,13	3.386.813	2.373,30
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	103.401	27,36	104.750	28,49	69.859	19,34
Síndrome de Talidomida	Q71	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tuberculose ativa	A15-A16	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total		436.104.528	2.642,49	437.842.381	2.750,58	425.979.602	2.554,06

Fontes: SIASUS – Ministério da Saúde.

Tabela A.18: Gastos ambulatoriais do SUS, procedimentos sem exigência de autorização prévia (BPA-I).

Moléstia Grave	CID-10	2018		2019		2020	
		Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)	Qtd. aprovadas	Milhões (R\$)
AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	B20-B24	1.099.381	17,81	1.152.434	18,54	759.949	12,23
Alienação mental	F00-F99	19.233.312	314,70	20.776.180	335,91	11.889.772	190,23
Cardiopatía grave	I00-I99	3.939.429	115,90	4.142.442	134,21	2.567.316	94,44
Cegueira	H54	390.242	8,27	373.952	8,68	169.705	4,03
Contaminação por radiação	-	-	-	-	-	-	-
Doença de Paget (Osteíte deformante)	M88	3.042	0,07	1.698	0,05	1.385	0,04
Doença de Parkinson	G20	257.809	3,16	283.297	3,40	130.090	1,64
Esclerose múltipla	G30	52.176	1,24	53.073	1,28	24.700	0,62
Espondiloartrose anquilosante	M45	37.080	0,43	37.447	0,43	28.811	0,36
Fibrose cística (Mucoviscidose)	E84	33.573	1,58	31.249	1,72	17.681	1,11
Hanseníase	A30	478.919	8,03	440.775	8,73	257.212	5,88
Nefropatia grave	N00-N23, N30	1.870.162	48,74	1.932.846	52,30	1.517.216	37,15
Hepatopatia grave	B15-B19	932.212	30,66	1.119.285	28,79	843.852	19,03
Neoplasia maligna	C00-C96	5.693.066	151,33	7.053.598	179,50	6.558.695	164,31
Paralisia irreversível e incapacitante	G80-G83	4.685.949	79,04	4.855.817	81,90	2.487.587	46,67
Síndrome de Talidomida	Q71	1.291	0,03	1.268	0,04	615	0,02
Tuberculose ativa	A15-A16	13.530	0,46	13.223	0,42	12.532	0,32
Total		38.721.173	781,46	42.268.584	855,91	27.267.118	578,08

Fontes: SIASUS – Ministério da Saúde.