

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## O capital soberano e as súditas políticas públicas [The sovereign capital and public policies subordinated]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Machado, Ricardo
Publisher	Instituto Humanitas Unisinos - IHU
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-08 11:28:32
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/157987">http://hdl.handle.net/20.500.12424/157987</a>

# O capital soberano e as súditas políticas públicas

Para compreender o drama do subfinanciamento do SUS, Áquilas Mendes evoca as lógicas das políticas econômicas que põem o capital como rei e, em crises, sacrificam o povo em prol da corte

Por Ricardo Machado | Edição João Vitor Santos

**A** criação do Sistema Único de Saúde - SUS foi um avanço. Disso não há quem duvide ou quem questione. Será? O economista e professor Áquilas Mendes problematiza que se, por um lado, o SUS representa um avanço em termos de política pública, o financiamento que coloca de pé toda essa rede, por outro lado, patina. “Em nosso país, faz 28 anos (desde a criação do SUS) que se vivenciam intensos conflitos por recursos financeiros que assegurem o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde”, aponta. E por que se dão os conflitos? “Esses 28 anos são justamente aquele período em que o capital financeiro, principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano entre os diferentes tipos de capital”, responde Mendes. O resultado, segundo ele, são orçamentos do fundo público das áreas sociais, em geral, e da saúde, em particular, ameaçados.

Ao longo da entrevista, concedida por e-mail à **IHU On-Line**, o professor elabora a ideia de que a política econômica financeirista inevitavelmente contamina outras áreas, como a saúde. “A manutenção da política econômica fundamentada no tripé - metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante -, adotada pelo governo federal desde o governo de Fernando Henrique Cardoso até o Governo Dilma Rousseff, deu origem a constantes dificuldades que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país”, exemplifica.

E o pior, segundo Mendes, é que além da financeirização da saúde, em momento de crise o ajuste fiscal se dá com mão pesada sobre políticas públicas que operam no sentido oposto. “É preciso dizer que a crise capitalista recente deve ser compreendida como decorrente das tendências de longo prazo na acumulação capitalista”, explica. “A solução que o próprio sistema capitalista fornece a essa problemática decorre da própria crise, principalmente por meio do aumento da taxa de exploração”, completa, ao demonstrar como tudo se volta para manutenção dos interesses desse capital.

**Áquilas Mendes** possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, livre-docência pela Universidade de São Paulo - USP e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra. Atualmente é professor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na mesma instituição. Ainda é professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP. Entre suas publicações, destaque para o livro *Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado* (São Paulo: Hucitec, 2012).

**Confira a entrevista.**



## *Precisamos, ainda, deixar claro, nessa conjuntura do governo atual de retaliar a saúde universal, que a Constituição não pode ser modificada em seus valores*

**IHU On-Line - Qual a lógica de um sistema de saúde de acesso universal, no qual o Sistema Único de Saúde - SUS está baseado?**

**Áquilas Mendes** - É importante reconhecer que o artigo 196 da Constituição<sup>1</sup>, que está em vigor há 28 anos, reza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Dessa forma, o SUS assegura o direito universal à saúde estabelecido na Constituição, garantindo a integralidade das ações e serviços públicos de saúde. Vale dizer, também, que a sociedade brasileira construiu a garantia fundamental de que o direito à saúde não pode ser constrangido por fortalecimento de planos privados e renúncias fiscais aos mesmos, prejudicando a disponibilidade orçamentária que deixará 150 milhões de brasileiros que dependem do SUS sem condições de prover a sua saúde e, direta ou indiretamente, todos os 202 milhões de cidadãos quanto à sua proteção e promoção.

Precisamos, ainda, deixar claro, nessa conjuntura do governo atual de retaliar a saúde universal, que a Constituição não pode ser modificada em seus valores, como o da dignidade da pessoa, da redução das desigualdades, da solidariedade e justiça social. Por vias transversas não se pode suprimir direi-

<sup>1</sup> **Carta de 88 – Carta Magna:** é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, promulgada em 5 de outubro de 1988. É a lei fundamental e suprema do Brasil, servindo de parâmetro a todas as demais normativas. Pode ser considerada a sétima ou a oitava constituição do Brasil (dependendo de se considerar ou não a Emenda Constitucional nº 1 como um texto constitucional) e a sexta ou sétima constituição Brasileira em um século de república. (Nota da **IHU On-Line**)

tos sociais e incentivar a lógica do mercado.

**IHU On-Line - Como compreender o sistema de financiamento do SUS?**

**Áquilas Mendes** - Conforme a Constituição, em seu artigo 195, está definido que o financiamento da Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social) será realizado mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - Cofins - e o lucro - Contribuição sobre o Lucro Líquido), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Diz ainda a Constituição que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social. Sua proposta de orçamento seria elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, compondo um orçamento específico - o Orçamento da Seguridade Social - OSS.

Ficou determinado pela Constituição de 1988, em seu Ato Constitucional das Disposições Transitórias - ADCT, que pelo menos 30% do total de recursos do OSS deveriam ser destinados à área da saúde para 1989. Para os outros anos, a definição desse percentual ficaria para a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, o que na prática nunca garantiu esses recursos (época do governo do presidente Fernando

Collor<sup>2</sup>). Além dos recursos de origem federal, deveriam ser acrescentadas, segundo a Constituição, as receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais para permitir o desenvolvimento do sistema. A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social.

### **Outras formas de financiamento**

Nove anos depois (em 1997), após problemas decorrentes da disputa por recursos do OSS entre a Previdência e a Saúde, foi criada, para a Saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF, cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Essa contribuição vigorou até 2007, quando foi extinta.

No que se refere à participação dos entes federados no financiamento do SUS, somente em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional - EC nº 29, que define a forma da inserção da União, dos Estados e dos Municípios em seu financiamento. Essa emenda estabeleceu que Estados e Municípios deveriam alocar, das suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente. Para a União, a EC 29 determinava que sua aplicação deveria ser o valor

<sup>2</sup> **Fernando Collor de Mello** (1949): político, jornalista, economista, empresário e escritor brasileiro, prefeito de Maceió de 1979 a 1982, governador de Alagoas de 1987 a 1989, deputado federal de 1982 a 1986, 32º presidente do Brasil, de 1990 a 1992, e senador por Alagoas de 2007 até a atualidade. Foi o presidente mais jovem da história do Brasil e o presidente eleito por voto direto do povo, após o Regime Militar (1964/1985). Seu governo foi marcado pela implementação do Plano Collor e a abertura do mercado nacional às importações e pelo início de um programa nacional de desestatização. Seu Plano, que no início teve uma boa aceitação, acabou por aprofundar a recessão econômica, corroborada pela extinção, em 1990, de mais de 920 mil postos de trabalho e uma inflação na casa dos 1200% ao ano; junto a isso, denúncias de corrupção política envolvendo o tesoureiro de Collor, Paulo César Farias, feitas por Pedro Collor de Mello, irmão de Fernando Collor, culminaram com um processo de impugnação de mandato (Impeachment). (Nota da **IHU On-Line**)

apurado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto - PIB nominal. Essa base de cálculo, que não esteve baseada em percentual da receita arrecadada, levou a que a União deixasse de aplicar cerca de 10 bilhões de Reais, no período posterior. A regulamentação dessa EC 29 foi ainda mais tardia, realizada mediante a Lei Complementar nº 141, de 2012. Ao longo dos anos de existência do SUS, antes da regulamentação da EC nº 29/2000, em 2012, por meio da Lei nº 141, seu financiamento foi caracterizado pela insegurança e indefinição, fruto de embates entre as diferentes áreas da Seguridade Social e, principalmente, dos conflitos com as autoridades econômicas do governo federal.

Em 2015, o financiamento federal do SUS foi alterado. Por meio da Emenda Constitucional nº 86/2015, foi incluída uma nova regra para a aplicação do governo federal na saúde (art. 2º e 3º), alterando a base de cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB para Receita Corrente Líquida - RCL, inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos. Isto é, 13,2% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa EC (2016), até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Já há vários cálculos realizados que indicam uma redução dos recursos do SUS. Há quem aponte uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC, em 2016.

**IHU On-Line - Qual tem sido o impacto dessa história do problemático financiamento do SUS ao longo de sua existência?**

**Áquilas Mendes** - Não tenha dúvida de que o maior problema do SUS diz respeito ao seu subfinanciamento. Não há recursos suficientes. Por mais que se melhore a gestão, ela nunca será suficiente para a magnitude de recursos necessários para responder à saúde

universal no Brasil. A gestão será sempre algo que deve ser melhorado. Podemos dizer: "fazer bem com o pouco de recursos que se tem". Bem, entendemos ser fundamental aprofundar a ausência de recursos no SUS. Neste sentido, há que entender o problema do ponto de vista histórico.

Em nosso país, faz 28 anos (desde a criação do SUS) que se vivenciam intensos conflitos por recursos financeiros que assegurem o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde. Isso é explícito no problema do financiamento do SUS, que se manifesta desde sua criação na Constituição de 1988. Esses 28 anos são justamente aquele período em que o capital financeiro, principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano entre os diferentes tipos de capital, prejudicando os orçamentos do fundo público das áreas sociais, em geral, e da saúde, em particular. Para se ter uma ideia, em 2015, o pagamento para juros da dívida correspondeu a 8,0% do PIB, enquanto para a saúde (Ministério da Saúde) foi alocado apenas 1,7%.

A manutenção da política econômica fundamentada no tripé metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, adotada pelo governo federal desde o governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC<sup>3</sup> até o Governo Dilma Rousseff<sup>4</sup>, deu origem a constantes dificuldades

3 **Fernando Henrique Cardoso** (1931): sociólogo, cientista político, professor universitário e político brasileiro. Foi o 34º Presidente do Brasil, por dois mandatos consecutivos, entre 1995 e 2003. Conhecido como FHC, ganhou notoriedade como ministro da Fazenda (1993-1994) com a instauração do Plano Real para combater a inflação. (Nota da IHU On-Line)

4 **Dilma Rousseff** (1947): economista e política brasileira, filiada ao Partido dos Trabalhadores-PT, presidente do Brasil de 2011 (primeiro mandato) até 2016 (segundo ano de seu segundo mandato). Em 12 de maio de 2016, foi afastada de seu cargo por até 180 dias devido à instauração de um processo de impeachment que fora movido contra ela e que segue tramitando no Congresso Nacional. Durante o governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, assumiu a chefia do Ministério de Minas e Energia e posteriormente da Casa Civil. Em 2010, foi escolhida pelo PT para concorrer à eleição presidencial. (Nota da IHU On-Line)

que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS. O quadro econômico, que se seguiu à criação do SUS, é significativamente diferente daquele quando os países capitalistas avançados, principalmente europeus, construíram seus sistemas universais de saúde. Se antes era possível verificar grande magnitude de recursos, atualmente estes são disputados com o capital financeiro, cujo interesse é manter o pagamento dos juros da dívida pública.

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está distante de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detêm um sistema público e universal. Para ilustrar essa afirmação, basta dizer que, em 2014, enquanto o SUS gastou 3,9% do PIB, o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB, o que evidencia a dificuldade de recursos do SUS para realizar suas ações e serviços.

## Materializando o subfinanciamento histórico

Por fim, para se ter uma ideia do subfinanciamento histórico, pode-se refletir que se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2014, o Orçamento da Seguridade Social foi de 686,1 bilhões de Reais, sendo que se fossem destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a 205,8 bilhões de Reais, mas a dotação foi a metade disso. Isso mostra claramente o subfinanciamento histórico do SUS.

**IHU On-Line - Como analisa o financiamento em saúde hoje no Brasil, em especial a alocação**

## de recursos federais a Estados e Municípios?

**Áquilas Mendes** - Quando se analisa a participação das diferentes esferas de governo no gasto público total, é possível constatar que o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC 29 provocaram impactos importantes nesse gasto. Nota-se, de forma significativa, a elevação da participação de Estados e, principalmente, dos Municípios no total do gasto público.

Em 1990, o governo federal participava com 74,4% dos recursos públicos alocados em saúde, sendo que os Estados respondiam por 13,5%, e os Municípios, por 12,1%. Durante esta década, a participação da União foi decrescendo, atingindo 43,2% em 2015. Entre 2000 e 2015, destaca-se o crescimento significativo da participação dos Estados, que passou de 18,5% para 25,9%, enquanto a dos Municípios saiu de 21,7% para 30,9%.

O aumento da participação dos Estados e Municípios no total dos recursos públicos significou uma elevação do gasto *per capita* das três esferas com o SUS, passando de 378,27 Reais, em 2000, para 717,70 Reais, em 2010 (valores de 2010, conforme IPCA médio anual), indicando um incremento real de 89,7% no período. Em relação à proporção ao PIB, o gasto público com saúde passou de 2,9%, em 2000, para 3,9%, em 2015. Por sua vez, o gasto líquido com ações e serviços de saúde, realizado apenas pelo Ministério da Saúde, como proporção PIB, no período entre 1995 e 2015, manteve-se praticamente constante (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério da Saúde.

## IHU On-Line - Que articulação entre o público e o privado se dá hoje no SUS? Como se dá a gestão de recursos nessa articulação?

**Áquilas Mendes** - Ao longo da implementação do SUS, a transferência de recursos públicos ao setor privado tem crescido de forma sistemática. Parte dos recursos do SUS vem financiando, por exemplo,

a atenção especializada de alto custo, em sua quase totalidade prestada pelos serviços privados contratados, as Organizações Sociais, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. Tais organizações "administram" parcela importante dos serviços da Rede do SUS com a lógica mercantil.

## “ Diz ainda a Constituição que esses recursos da Seguridade Social não inte- grariam o orça- mento da União e sim da Segu- ridade Social”

Mais, especificamente, é importante lembrar que há 16 anos, desde que a Lei Complementar Nº 101/2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, foi aprovada, as áreas sociais, em especial a saúde, vêm sendo prejudicadas no tocante à execução das suas ações e serviços. De acordo com o princípio maior da Lei, em que os entes públicos devem gastar bem menos do que arrecadam, vários limites são determinados ao poder Executivo, especificamente, às despesas de pessoal, que não podem ultrapassar 54% da receita corrente líquida do município. Caso isto venha a ocorrer, as penalidades são significativas, conforme indica a Lei 1.028/2000, que tipifica crime em finanças públicas.

Assim, tal exigência legal vem afetando, especialmente, o comprometimento da instância municipal com a execução das ações e serviços públicos de saúde, em geral, e com a Estratégia de Saúde da Família, em particular. Na realidade, o respeito a esse limite da LRF, por parte dos Municípios, tem

levado a que direcionem seus gastos para a despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica -, isto é, referente à contratação de Organizações Sociais da Saúde. Trata-se de uma grave distorção na aplicação dos recursos do SUS, sendo usados prioritariamente para financiar essas entidades privadas, a fim de executarem as ações e serviços de saúde que deveriam ser de responsabilidade dos Municípios.

## Incentivos federais à saúde privada

Outro aspecto que merece ser salientado no contexto do subfinanciamento do SUS refere-se ao incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar da Pessoa Física ou Jurídica, o que é aplicada sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há que acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos. Nota-se que o total desses benefícios tributários à saúde privada vem crescendo de forma considerável. Registre-se: 8,6 bilhões de Reais, em 2003, passando para 14,9 bilhões de Reais, em 2006, 17,25 bilhões de Reais em 2009 e, por fim, 25,4 bilhões de Reais em 2013 (Dados extraídos da Secretaria da Receita Federal do Brasil - SRF).

Não resta dúvida de que o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado vem respondendo à necessidade de valorização desse capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise e prejudicando a capacidade de arrecadação do Estado e o financiamento do SUS.

## Capital estrangeiro nos serviços de saúde

Por sua vez, ainda temos que considerar a mais recente medida legal aprovada que acaba por agravar ainda mais o subfinanciamento do SUS. Trata-se da Lei

13.097/2015, que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, na compra de hospitais gerais, inclusive os hospitais filantrópicos, por meio da permissão de aquisição das Santas Casas - instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias.

Essa nova Lei altera a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 199. Para se ter uma ideia dos reflexos dessa exploração, em novembro de 2015, a empresa United Health adquiriu o Hospital Filantrópico Samaritano, que mesmo assim continuou a participar do Programa de Apoio de Desenvolvimento Institucional - PROADI do Ministério da Saúde, desenvolvendo pesquisas e/ou cursos para o SUS. Trata-se, então, de renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos.

Desse modo, o SUS, com seu insuficiente financiamento, contribui indiretamente com recursos para um hospital filantrópico estrangeiro. Sem dúvida, essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital portador de juros na forma de apropriação do fundo público.

**IHU On-Line - Em que medida a perspectiva do financiamento público de saúde coletiva é ameaçada pela lógica do capitalismo? Que ameaças mais diretas o senhor percebe hoje na realidade brasileira?**

**Áquilas Mendes** - Desde 1980 até o período atual, isto é, nos tempos de vigência de dominância do capital financeiro no movimento do capital e do neoliberalismo, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, assistiu-se a uma particular forma de sua "presença". Particu-

larmente, nessa presente crise do capitalismo, estamos assistindo à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil. Além disso, verifica-se, ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, como já comentamos. Para se ter uma ideia, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, principalmente à finança rentista, impondo riscos à saúde universal.

É preciso dizer que a crise capitalista recente deve ser compreendida como decorrente das tendências de longo prazo na acumulação capitalista, a partir do declínio da taxa de lucro nas economias após a II Guerra Mundial e que não foi, posteriormente, invertida totalmente. Por sua vez, a solução que o próprio sistema capitalista fornece a essa problemática decorre da própria crise, principalmente por meio do aumento da taxa de exploração - obrigando os trabalhadores a aceitar uma diminuição dos salários e condições de trabalho precárias, com redução de direitos sociais, em geral, e da saúde, em particular.

Ainda que, a partir da década de 1980, seja possível verificar uma trajetória instável de retomada da queda da lucratividade, em decorrência das políticas econômicas ortodoxas neoliberais, sacrificando os direitos sociais, as economias não conseguem alcançar o patamar da taxa de lucro do período anterior. Além desse contexto, acrescentamos à explicação dessa crise a tendência que decorre do enfrentamento a esse declínio da lucratividade, isto é, o processo da financeirização, em que o capital financeiro busca assegurar lucros mais imediatos, passando a desempenhar a dominação na dinâmica do capitalismo nos últimos 35 anos.

## **Crise do SUS e as ações alinhadas com o capital**

É justamente nesse cenário do capitalismo contemporâneo em crise, que o financiamento do SUS transcorreu sobre um longo processo de tensões. Como já dissemos anteriormente, no plano interno da economia brasileira, as decisões de uma política econômica restritiva/neoliberal mantiveram-se muito firme durante todos os anos 1990 e 2000. Acrescente-se a esse quadro as medidas do governo federal para remanejamentos e cortes no orçamento da seguridade social e da saúde, em particular, muitas vezes justificados pelos problemas de caixa ou pelos riscos que as contas gerais do governo sofriam, em razão de problemas para assegurar uma escala de superávit primário condizente com as exigências do mundo da finança e com os interesses das classes dominantes em enfrentarem a queda da lucratividade no âmbito da produção.

Enfatizamos que o problema do financiamento do SUS decorreu, em larga escala, no plano específico e interno do país, da decisão, e não somente de imposição externa, da manutenção de uma política econômica do governo federal, durante esses mais de 28 anos e em sintonia com as demandas do capital financeiro internacional. Tal política tem sido sempre destinada ao cumprimento de metas de inflação e de superávits primários, resultando em forte redução de despesas das políticas de direitos sociais, com montantes insuficientes e inseguros para a saúde pública.

## **Mais uma vez, a lógica da austeridade**

Nesse tenso ambiente, assiste-se a mais um episódio da política austera estabelecida pelo governo federal interino em relação ao financiamento da seguridade social. Trata-se da renovação e da potencialização da Desvinculação das Receitas da União - DRU. Tal mecanismo criado desde 1994,

renovado a cada quatro anos e, ainda, em pleno funcionamento, é bastante conhecido por muitos, em que 20% das receitas do Orçamento da Seguridade Social - OSS, formado pela saúde, previdência e assistência social, são retiradas e destinadas ao pagamento de juros da dívida, em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital financeiro dominante na fase contemporânea do capitalismo.

Ora, é conhecido de todos que o OSS vem demonstrando superávits há vários anos. Mais recentemente, registre-se: em 2010, 53,8 bilhões de Reais; em 2011, 75,8 bilhões de Reais; em 2012, 82,7 bilhões de Reais; e, em 2013, 76,2 bilhões de Reais (dados da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita - ANFIP). Por sua vez, os recursos retirados pela DRU foram: em 2010, 45,9 bilhões de Reais; em 2011, 52,4 bilhões de Reais; em 2012, 58,1 bilhões de Reais; e, em 2013, 63,4 bilhões de Reais (Ibid). Isso significou uma extração, em média, de cerca de 55% do saldo superavitário do OSS, a partir de 2010. Entre 1995 e 2013, a perda de recursos para a Seguridade Social com a DRU correspondeu a cerca de 641 bilhões de Reais.

Para agravar esse cenário, a PEC 04/2015 foi recentemente votada em segundo turno na Câmara dos Deputados e foi encaminhada para o Senado Federal. Aumenta a Desvinculação da Receita da União - DRU de 20% para 30% e cria a Desvinculação da Receita dos Estados e Distrito Federal - DRE e a Desvinculação da Receita dos Municípios - DRM com a alíquota de 30%. Enquanto as receitas base de cálculo da aplicação mínima federal, estadual e municipal em educação e saúde não serão atingidas por essas desvinculações, a PEC 04/2015 não garantiu essa mesma proteção para o conjunto da seguridade social.

**IHU On-Line - O que está por trás - ou que se revela através - da fala do atual ministro da Saúde**

**Ricardo Barros<sup>5</sup>, de que o acesso universal ao SUS é insustentável e é preciso mudar a Constituição?**

**Áquilas Mendes** - Não procede que o ministro da Saúde promova o sentido contrário ao direito à saúde universal e incentive a criação de um plano de saúde po-

“

## ***Não tenha dúvida de que o maior problema do SUS diz respeito ao seu subfinanciamento***

pular. Aliás, esse tipo de plano já existe e garante cobertura a poucas consultas e exames, onerando, ainda mais, o SUS para a média e alta complexidade, especialmente. Trata-se de incentivar a lógica da saúde como consumo/mercadoria em detrimento ao seu valor de direito social. Ademais, o fato de os cidadãos brasileiros serem incentivados a possuírem planos de saúde acaba prejudicando o já conhecido subfinanciamento do SUS, na medida em que a obtenção de um plano de saúde abre a possibilidade de dedução do Imposto de Renda Pessoa Física, onerando os recursos públicos.

**IHU On-Line - Que caminho o senhor vislumbra para assegurar recursos para financiamento público que garantam e até ampliem conquistas do SUS?**

**5 Ricardo José Magalhães Barros (1959):** é político, engenheiro civil e empresário brasileiro. Foi Deputado Federal e prefeito de Maringá. Atualmente é ministro da Saúde. Foi nomeado em 12 de maio de 2016 ministro da Saúde pelo presidente Michel Temer após o afastamento da presidente Dilma Rousseff em razão do processo de impeachment. Também é vice-presidente nacional do Partido Progressista - PP e Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Desenvolvimento Econômico. (Nota da **IHU On-Line**)

**Áquilas Mendes** - A médio prazo, entende-se que a prioridade ao financiamento do SUS pode ser alcançada por outros percursos, diferentes de se apoiarem em tributos que incidem sobre a lógica produtiva. Devido à dominância do capital financeiro na fase contemporânea do capitalismo, é na sua esfera que novas fontes devem ser pensadas. Nessa perspectiva, sugerem-se algumas propostas mais amplas.

Para tanto, menciona-se: a) adoção de mecanismos de tributação para a esfera financeira, como por exemplo, por meio da criação de uma Contribuição sobre as Grandes Transações Financeiras - CGTF progressiva, por exemplo, acima de uma renda de 2 milhões de Reais mensais, sendo essa contribuição vinculada à Seguridade Social e com destinação de 50% para a Saúde; b) estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a seguridade social, com destinação de 50% para a saúde; c) **aprofundamento dos mecanismos de tributação** para a remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); d) ampliação constante da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL para instituições financeiras; e) revisão da tributação sobre heranças (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação - ITCMD).

Sobre um segundo nível de propostas de fontes alternativas, destacam-se as de caráter mais geral. São elas: a) fim das isenções de Imposto de Renda das Pessoas Físicas - IRPF com despesas médicas e do Imposto de Renda das Pessoas jurídicas - IRPJ, das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários; b) estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para Entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica; c) extinção dos subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde; d) repúdio à Lei 13.097/2015 que permite a entrada de capital estrangeiro na saúde pública. ■