



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Machado, Felipe Galvão; Mendes, Áquiles Nogueira; Carnut, Leonardo
As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde
Saúde em Debate, vol. 42, núm. 117, 2018, Abril-Junho, pp. 354-363
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811701>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406368999002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde

The political-juridical forms of the State in contemporary capitalism and fiscal waivers in health

Felipe Galvão Machado¹, Áquiles Nogueira Mendes², Leonardo Carnut³

DOI: 10.1590/0103-1104201811701

RESUMO Analisando-se a situação da saúde no Brasil, é perceptível o reforço de uma lógica que torna o direito a ela refém da dinâmica do capitalismo contemporâneo. Nesta perspectiva, destaca-se a renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Estado brasileiro, trazendo as renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e símiles no imposto de renda, como também as concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos) e à indústria químico-farmacêutica. Assim, este artigo realiza uma crítica a estes dispositivos legais, que acentuam a relação de subserviência do Estado à lógica do capital, identificando, socio-historicamente, como tais formas vêm dilapidando, direta e indiretamente, o financiamento do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Gastos em saúde. Capitalismo.

ABSTRACT When analyzing the health situation in Brazil, one can notice the reinforcement of a logic that turns the right to health assistance into a hostage of the dynamics of contemporary capitalism. From this perspective, the waiver of tax collection in health in the Brazilian State stands out, leading to tax exemptions that result from the deduction of expenses with health insurance and similes from income tax, as well as fiscal grants to private non-profit entities (philanthropic hospitals) and the chemical-pharmaceutical industry. Thus, this article criticizes those legal provisions, which stress the subservience relation of the State to the logic of capital, identifying, socio-historically, how these forms are directly and indirectly dilapidating the financing of the Unified Health System.

KEYWORDS Healthcare financing. Health expenditures. Capitalism.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
felipegalvaomachado@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
aquilasmendes@gmail.com

³Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
leonardo.carnut@gmail.com

Introdução

Talvez a maior contradição que o arcabouço jurídico brasileiro expresse seja a mescla pública e privada na saúde. No que se refere à responsabilidade, ainda que se considere a saúde como um direito de todos, ela é um dever do Estado¹ (artigo 196). Ao mesmo tempo, no tocante à ‘iniciativa privada’ (artigo 199), é permitido que a saúde seja objeto de mercantilização.

É nesse aparente paradoxo que o Estado reforça a lógica do capital e torna o direito à saúde refém da dinâmica do capitalismo contemporâneo. Diversos autores²⁻⁴ registram o cenário de intensas disputas no campo do financiamento da saúde pública.

O capitalismo, em sua forma contemporânea (financeirizada), ocupa papel central nas relações sociais e econômicas. Neste cenário, as decisões políticas têm sido orientadas para prejudicar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu financiamento.

A relação de subserviência do Estado ao movimento do capital financeirizado não vem de hoje. Oliveira⁵ já apontava que, desde 1999, no Brasil, havia pressões políticas para o controle dos gastos públicos com maior ênfase nas atividades especulativas.

Percebe-se que, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos de Lula e Dilma, a lógica de políticas fundamentadas no tripé macroeconômico composto por superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante se intensificou⁶.

Tais políticas de interpretação keynesiana buscaram manter o maior controle da demanda e, também, garantir financiamento aos setores considerados por esses governos como importantes para o desenvolvimento econômico.

No caso da saúde, trata-se de se referir aos dispositivos legais, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU)⁷, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁸ e, com destaque, o aumento das renúncias fiscais em saúde.

Essas renúncias são referentes ao imposto de renda (pessoa física e pessoa jurídica) e também às concessões fiscais às entidades

privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos) além de à indústria químico-farmacêutica. Entre 2003 e 2013, destacou-se a elevada evolução do total das renúncias fiscais nessas diferentes modalidades, passando de R\$ 8,6 bilhões para R\$ 25,4 bilhões⁹.

Com a DRU, ficou definido, entre outras coisas, que 30% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação, a seguridade social¹⁰.

Já a LRF, em síntese, trata de limitar as despesas com pessoal das áreas da saúde e educação, e também as despesas financeiras, relativas ao endividamento – amortização do principal da dívida, encargos e juros – do orçamento público anual. Todo esforço para limitar as despesas financeiras tem levado à diminuição dos gastos com as áreas sociais, especialmente, a saúde.

Como se isso não fosse o suficiente, há que se considerar os efeitos da ‘crise’ capitalista contemporânea sobre o perfil das políticas públicas. Em uma perspectiva crítica da economia política marxista, a crise do capitalismo reside em um contexto de existência de duas principais tendências, sendo o declínio da lucratividade no setor produtivo, nas economias capitalistas, e, como enfrentamento a isto, o crescimento da valorização financeira, em que o capital portador de juros passa a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, especialmente depois de 1980, apropriando-se do fundo público¹⁰.

Tal crise vem justificando as contrarreformas do Estado, tendendo a afetar diretamente e indiretamente os recursos direcionados ao SUS, uma vez que a perspectiva neoliberal¹¹ insiste na ideia de que o investimento em saúde é ‘gasto excessivo’ do Estado.

É sob esse quadro que o presente artigo se debruça. O objetivo é realizar uma crítica às renúncias fiscais em saúde como as ‘formas jurídicas’¹² que acentuam a relação de subserviência do Estado à lógica do capital identificado socio-historicamente.

Entende-se como ‘forma jurídica’ a maneira pela qual as relações sociais são abstraídas com base na ‘forma mercadoria’. Isto implica dizer que as leis/regras/normas jurídicas são deduzidas das relações sociais, que têm, no trânsito das mercadorias, o fundamento de sua sociabilidade, fundamental para o movimento do capital¹².

Assim, parte-se de uma breve apresentação político-econômica da seguridade social sob o contexto da crise brasileira, de modo a realçar as especificidades do movimento do capital na sociedade capitalista contemporânea. No segundo momento, destacam-se o papel do pagamento dos juros da dívida pública e o tripé macroeconômico como formas já consolidadas de expropriação do fundo público. Por fim, na última parte, são discutidas as renúncias fiscais (gastos tributários)¹³ do Estado em saúde, como mecanismos de aprofundamento da instabilidade de recursos para o financiamento do SUS.

Segundo Pellegrini¹⁴, os gastos tributários referem-se aos recursos financeiros que o Estado deixa de arrecadar. Isto corresponde a incentivos, deduções, desonerações e reduções fiscais a determinados indivíduos, empresas, organizações ou setores econômicos. Trata-se de uma específica ‘forma jurídica’, no Estado contemporâneo, em amplo processo de consolidação, cuja literatura científica tem pouco se dedicado a caracterizar.

O financiamento da seguridade social no contexto da crise capitalista contemporânea e seu efeito no Estado brasileiro

A problemática do financiamento do SUS, ao longo dos 30 anos de implementação deste sistema, requer sua compreensão associada ao financiamento da seguridade social. Na Constituição de 1988, ficou estabelecido que saúde, previdência e assistência social

fazem parte da seguridade social e compõem um único bloco de fontes relacionadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Segundo a Constituição¹, em seu artigo 195, está definido que o financiamento da seguridade social provém de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais. São elas: a contribuição dos empregadores (incidente sobre a folha de salários, o faturamento – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – e o lucro – Contribuição sobre o Lucro Líquido); a contribuição dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria).

Ao longo da existência do SUS, esse esquema de financiamento – fundo público social – vem sofrendo ataques e fornecendo pistas sobre como o capitalismo contemporâneo vem se apropriando dos recursos que se acumulam em seu orçamento.

Ao se considerar que esse fundo público é uma demonstração social da capacidade de uma sociedade para financiar os direitos sociais (nestes, incluindo a saúde), Salvador¹⁵ demonstra que os recursos de tal fundo são constantemente disputados pelas classes sociais. Isto reforça o argumento de que examinar o fundo público ajuda a compreender a relação entre o Estado e o movimento do capital.

Sob a direção do movimento do capital, o Estado demonstra sua subserviência. No caso do financiamento da seguridade social, O’Connor¹⁶ salienta que o Estado deve exercer as funções de acumulação e legitimação para a ‘continuidade do sistema capitalista’.

A primeira atribuição permite gerar as condições favoráveis para o fortalecimento do capital, e, ao mesmo tempo, assegurar a reprodução do trabalho. Já o segundo mecanismo garante a coesão e o consenso de parcelas importantes das classes, à medida que se desenvolve o projeto econômico dominante.

Nessa perspectiva crítica do papel do Estado como sustentáculo do movimento do capital¹⁰, entende-se que, para a própria manutenção do modo de produção capitalista,

este mesmo Estado atua como elemento fundamental, sendo uma ‘forma político-jurídica’ que promove a base de acumulação do capital.

Na perspectiva de uma leitura social-democrata (keynesiana), o Estado é entendido como ‘exterior ao movimento da economia de mercado’, constituindo-se ente ‘autônomo’ para regular e alocar recursos em direção ao desenvolvimento econômico e social¹¹.

Na visão conservadora do ‘mainstream’, o Estado é o principal problema da economia, afirmando que o ajuste fiscal é a saída para a regularização das suas finanças, justificando os cortes de gastos, especialmente na segurança social e, portanto, na saúde¹¹.

Por isso, para autores que tentam uma ‘síntese’ entre as duas primeiras interpretações – a crítica e a social-democrata –, o Estado, ao mesmo tempo em que promove a reprodução do capital para determinadas classes e setores dominantes, necessita alocar recursos para o desenvolvimento da força de trabalho e a garantia de políticas que gerem ‘harmonia social’¹⁵.

Para exemplificar como essas perspectivas são materializadas no âmbito das práxis do Estado, torna-se importante lembrar o caso brasileiro no tocante à forma de distribuição dos impostos. A interpretação mais usual no âmbito da saúde tem sido a de que as políticas sociais – que muitas vezes são segmentadas e direcionadas a determinadas classes sociais – servem para assegurar a ‘harmonia social’.

Salvador¹⁵ ressalta que a carga tributária, no Brasil, é regressiva (ou seja, os tributos corroem mais a renda de quem ganha menos), pois o maior percentual de tributos é incidente sobre os bens e serviços (consumo), que oneram em maior proporção a renda dos trabalhadores e das famílias mais pobres. Logo, entende-se que existe uma correlação de forças políticas que se manifestam na determinação dos impostos diretos e indiretos, sendo, estes últimos, a maior base de arrecadação de recursos para o Estado.

A argumentação adotada no presente

artigo considera que a regressividade dos impostos é uma ‘forma jurídica’ necessária à própria reprodução do capital no interior do Estado. Isto desmitifica o papel das políticas sociais na garantia de uma ‘harmonia social’.

Rosa, Souza e Silva¹⁷, com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, destacam que a categoria de maior arrecadação tributária se refere aos incidentes sobre ‘Bens e Serviços’. Esta esfera pode representar até 90% do consumo das famílias de baixa renda, no entanto, a arrecadação tributária sobre as ‘Transações Financeiras’ contribui com menos de 1% do recolhimento, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), com dados extraídos da Receita Federal em 2015.

Assim, com base na interpretação crítica^{10,11}, depreende-se que a tributação indireta é uma forma de estabelecer as funções de acumulação e legitimação no capitalismo contemporâneo brasileiro, o que pode ser somado ao contexto de declínio de lucratividade no sistema capitalista. Por isto, existe a tendência do aumento da dinâmica do capital na lógica das políticas do Estado.

O papel dos juros da dívida pública e as políticas macroeconômicas brasileiras: suas implicações ao SUS

De acordo com Mendes¹⁰, a saúde, tanto no Brasil como no mundo, vem sendo alvo de disputas políticas, uma vez que os recursos alocados nesta esfera podem ser apropriados e destinados a outros fins, especialmente no que diz respeito ao pagamento dos juros da dívida pública brasileira.

Em relação ao plano mundial, Chesnais¹⁸ aponta que, na atual fase do capitalismo, têm-se observado a predominância de atividades financeiras especulativas, promovendo a subserviência do Estado ao mercado. A forma mais frequente pela qual isto vem

ocorrendo refere-se à adoção de políticas econômicas restritivas (cortes de gastos), por parte dos governos, no intuito de responderem aos interesses do regime de acumulação, centralização e reprodução do capital.

É nesse caminho que se assiste o endividamento dos Estados em resposta aos interesses do capital financeiro. A prioridade é dada ao alargamento da rentabilidade financeira por meio da emissão de títulos públicos, que são colocados no mercado para serem comprados por investidores financeiros, desta forma possibilitando que o Estado possa captar recursos.

De certo modo, essa forma de captar recursos intensifica o alongamento do processo da dívida dos Estados¹⁸. Isto porque torna-se cada vez maior o volume referente ao pagamento dos juros de tal dívida pública. Esta despesa financeira acaba por absorver uma parcela significativa dos recursos do Estado, com destaque para aqueles destinados às políticas sociais, em geral, e à saúde, em particular.

Além disso, a desregulamentação financeira adotada pelos governos beneficia os investidores institucionais, sob a forma de fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação, sociedades de seguro e fundos *hedge*, entre outros, que, sob o contexto do capitalismo contemporâneo, são compelidos a assumirem maiores riscos na tentativa de conseguirem maiores lucros.

Quando os investidores assumem maiores riscos, os governos tendem a direcionar as políticas econômicas aos interesses da classe acionária. Daí, fica evidente o papel fiador que o Estado detém na salvaguarda deste movimento, sendo esta a ‘forma política’ da reprodução do capital. À medida em que há uma ameaça ao papel fiduciário desta ‘forma política’, a classe acionária manifesta a retirada de divisas, o que pode vir a influenciar a liquidez econômica.

No Brasil, essa ‘forma política’ (o Estado) acabou direcionando o conteúdo da política econômica que foi adotada desde o governo FHC e não foi, na sua essência, modificada

durante os governos Lula e Dilma, reforçando o argumento da natureza política – pró-capital – do Estado.

Essa política econômica referiu-se à adoção do tripé macroeconômico já citado, que acabou reduzindo os gastos públicos sociais. Esse tripé contribuiu, na prática, para que fosse intensificada a apropriação dos recursos do fundo público, garantindo o pagamento de juros e encargos da dívida pública. Nesta lógica, Salvador¹⁹ ressalta a importância que a DRU vem obtendo na execução desse papel, diminuindo os recursos para a segurança social e para a saúde.

Com a ausência de recursos suficientes, o SUS tem encontrado dificuldades para operacionalizar seus princípios, especialmente a universalidade. Devido a isto, abre-se espaço para intensificar a exploração da saúde como negócio, o que torna possível o avanço expressivo dos planos e seguros privados de saúde¹⁹.

Assim, há uma concepção enraizada no ideário social de que o SUS, por ser um sistema de ‘baixa qualidade’, deve ser evitado, uma vez que as classes média e alta tendem a defini-lo como um serviço que deve ser, essencialmente, acessado pelos indivíduos mais pobres.

Essa retórica se vale do discurso de que os planos e seguros privados tendem a desafogar a fila do SUS. Entretanto, estudos apontam que, nos sistemas duplicados de saúde (onde coexiste expressiva oferta privada com a pública), como é caso do Brasil, existe a tendência a recorrer a ambos os serviços.

As renúncias fiscais (gastos tributários) do Estado em saúde como forma de pressão ao quadro de instabilidade de recursos ao financiamento do SUS

O que há de novo no Estado é a forma jurídica que vem ganhando expressividade para

a reprodução do capital: as ‘renúncias de arrecadação fiscal’ em saúde (conhecidas no jargão econômico como ‘gastos tributários’).

As renúncias fiscais em saúde abrangem uma complexidade de grupos sociais em contextos sociopolíticos distintos e com situações específicas de realidades individuais. Elas podem estar relacionadas a uma gama de benefícios fiscais, como: isenções, reduções, deduções e alíquotas zero.

Cabe indagar: por que o Estado adota esse mecanismo das renúncias fiscais em saúde, encorajando determinado comportamento dos contribuintes, ou então viabilizando a redução/isenção do imposto/contribuição a pagar a certos grupos sociais dominantes?

Para Surrey²⁰, apoiado na interpretação social-democrata, essas renúncias são realizadas para estimular a expansão dos investimentos dos agentes econômicos. Isto acaba por implicar na redução da carga tributária para tais agentes. Por exemplo, a Secretaria de Assuntos Estratégicos²¹ considera que o Estado faz política pública quando estabelece ‘desonerações tributárias’, e quando reduz o ônus tributário sobre determinados agentes econômicos para induzir metas e/ou objetivos sociais. Isto acaba diminuindo o volume de recursos que o Estado possa vir a ter para financiar o SUS.

A partir dessa linha de raciocínio, as renúncias fiscais podem diminuir o montante recolhido de tributo, privilegiar apenas determinados contribuintes, se assemelhar a desvios em relação à estrutura básica do tributo e tender a objetivos que poderiam ser obtidos por meio dos gastos públicos diretos.

É importante elucidar que as renúncias podem assumir várias formas, como: redução da base a ser tributada, minimização de alíquota incidente sobre a base, abatimento de montante a ser recolhido ou protelação do pagamento^{9,13,14,21}.

Ademais, é necessário utilizar uma regra básica de ‘dois passos’ para identificar as renúncias fiscais no conjunto de sistema tributário brasileiro^{9,13,14,21}.

a) utilizar o sistema tributário de referência, que é a legislação tributária brasileira em vigor, com o intuito de identificar os ‘desvios’ em relação à regra geral. No caso da saúde, identificar que ‘formas jurídicas’ retiram do OSS o montante de recursos a ela originalmente destinados;

b) avaliar que renúncias poderiam ser substituídas por gastos diretos, vinculados aos programas de governo. Para tanto, cabe notar a iniciativa da Receita Federal brasileira, de ‘limitar’ os benefícios que simultaneamente: (i) reduzem a arrecadação potencial; (ii) aumentem a disponibilidade econômica do contribuinte; (iii) concebam uma exceção à norma de um tributo, e que incidam, exclusivamente, sobre determinado grupo de contribuintes.

É possível perceber, nesse caso específico, como o Estado utiliza subterfúgios para evitar os problemas que as renúncias causam nas execuções de suas políticas públicas e, ao mesmo tempo, não deixar de arrecadar o mínimo para a manutenção do seu fundo público.

Para a perspectiva crítica, esse é o comprometimento visceral do Estado com o processo de acumulação do capital. Independente do governo ‘de plantão’, o Estado, em um movimento contraditório, não abre mão totalmente da arrecadação para manter o pagamento dos juros da dívida, e realiza renúncia fiscal para com setores cujos investimentos no mercado financeiro são mais vultuosos, como no caso da saúde¹⁸.

É primordial destacar que a decisão sobre o que engloba e o que não atende aos critérios propostos pela Receita Federal (regra de ‘dois passos’) é arbitrária. A Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco) apresenta críticas a respeito de como são formuladas e calculadas as renúncias fiscais pela metodologia desenhada pela Receita Federal, especialmente, as que englobam deduções para saúde, educação e

previdência complementar ao Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF)^{9,21,22}.

Essa crítica fundamenta-se com base na concepção da Secretaria de Assuntos Estratégicos²¹ sobre as renúncias de arrecadação fiscal do Estado, que abrangem os incentivos, as deduções, as desonerações e as próprias renúncias fiscais, pois visam compensar os gastos do contribuinte com serviços, que, em essência, deveriam ser fornecidos pelo poder público.

Dessa maneira, os recursos públicos (indiretamente) financiam (parcialmente) o consumo de um serviço privado em substituição a uma política pública. Além disto, raciocínios semelhantes podem ser aplicados aos incentivos concedidos à produção cultural, às entidades filantrópicas e às políticas industriais e/ou regionais^{21,22}.

Nesse sentido, deve-se salientar que a União concentra a maior parte da arrecadação dos tributos, e que as transferências (constitucionais) de recursos aos Estados e Municípios compõem grande parte do orçamento das esferas subnacionais. Complementarmente, é preciso evidenciar que o governo federal é o único que pode mensurar as renúncias de arrecadação fiscal, por conseguinte, a não mensuração dos gastos tributários realizados por esferas subnacionais diminuem a autonomia estatal e o controle sobre as contas públicas²².

Um exemplo da mensuração das renúncias de arrecadação fiscal do Estado, que é feita exclusivamente pela Receita Federal, pode ser visto com o caso do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que é o principal tributo de arrecadação pertencente à esfera estadual. Com o objetivo de atrair investimentos para atividades industriais e/ou segmentos específicos das esferas subnacionais, é possível isentar esse imposto (em determinadas formas e especificidades). Assim, a não mensuração destas isenções impossibilita a análise dos impactos de tal política fiscal nas contas públicas, no que diz respeito à eficácia de

diminuir a arrecadação (isenção no ICMS) dos Estados para promover o desenvolvimento econômico²².

Logicamente, nota-se a regressividade tributária brasileira, influenciada majoritariamente pelos custos indiretos das contribuições sociais no País¹⁵, que são a principal maneira de arrecadação do Estado brasileiro para financiar o SUS.

A partir desse entendimento sobre o sistema tributário brasileiro, deve-se indicar que as renúncias fiscais em saúde apresentaram aumento substancial no IRPF e também em relação ao Imposto de Renda – Pessoa Jurídica (IRPJ), à indústria farmacêutica (medicamentos e produtos químicos) e às organizações sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos). Conforme citado na introdução, os aumentos totais das renúncias fiscais em saúde saltaram de R\$ 8,6 bilhões, em 2003, para R\$ 25,4 bilhões, em 2013⁹.

Além disso, as renúncias fiscais em saúde destinadas ao IRPF, que passaram de R\$ 3,745 bilhões, em 2003, para R\$ 9,518 bilhões, em 2013, e para os hospitais filantrópicos, que aumentaram de R\$ 2,613 bilhões para R\$ 7,381 bilhões, no mesmo período, foram as que mais cresceram em termos absolutos.

Essa situação demonstra a estrutura regressiva do sistema tributário brasileiro, uma vez que o primeiro segmento está intimamente ligado à capacidade de gastos, e a segunda modalidade, muitas vezes é financiada (exclusivamente) via impostos e contribuições sociais, que têm peso ‘indireto’ – proporcionalmente maior – na renda dos trabalhadores e das famílias de baixa renda^{9,10,21,22}.

Por isso, ao analisar as principais renúncias fiscais no Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) para 2018, por exemplo, identifica-se que o setor da saúde é o terceiro que mais proporciona renúncia de arrecadação fiscal ao Estado, representando, aproximadamente, 14% em relação ao total de gastos tributários no Ploa 2018, o que corresponde à quantia de R\$ 39 bilhões de renúncias fiscais em saúde. Desta

forma, demonstra-se o aumento de tais renúncias, quando se compara ao Ploa 2017, que registrou R\$ 32 bilhões²³.

Notoriamente, depreende-se que há uma sinalização de consumo via planos e/ou seguros privados de saúde, uma vez que existem planos políticos que modificam a maneira de gerir o financiamento, o acesso e a oferta de serviços do SUS. Nesta perspectiva, é primordial salientar que as despesas médicas privadas em saúde das pessoas físicas representam 4,64% em relação ao total dos 14% das renúncias fiscais em saúde, sendo assim, deduzidas no IRPF²³, o item de maior representatividade.

Dessa forma, reforça-se o argumento de que a falta de limite legal para o abatimento do IRPF permite o alargamento da utilização deste mecanismo, visto que a projeção no Ploa de 2018 é em torno de R\$ 13 bilhões de deduções no IRPF, sendo R\$ 4,5 bilhões superior à Ploa 2017²³.

Assim, é possível indicar que há uma tendência sócio-histórica de as renúncias serem a forma político-jurídica mais expressiva da subserviência do Estado brasileiro ao capitalismo contemporâneo a ser identificada na área da saúde. Desta forma, entende-se que, sob a justificativa de contornar ‘crises fiscais’, sob a égide do capital portador de juros, tem-se assistido à adoção de mecanismos assegurados por emendas constitucionais, que, legitimamente, podem desvincular recursos do fundo público e direcioná-los a outras atividades e/ou setores aos quais o Estado julgar necessários.

Nesse sentido, a renúncia fiscal em saúde é um dos mecanismos que atua implicitamente na desestruturação do direito à saúde. Depreende-se, então, que, no campo da saúde, pode ocorrer a discricionariedade na administração pública, visto que o Executivo e o Legislativo podem apresentar interpretações e objetivos discrepantes a respeito das isenções, deduções e reduções fiscais proporcionadas aos indivíduos, empresas e organizações sem fins lucrativos.

Considerações finais

O cenário do capitalismo contemporâneo brasileiro, especialmente após 1999, destaca o crescimento de políticas econômicas e legislativas de *status quo* em prol da valorização do capital, trazendo a forma político-jurídica do Estado ambientada em um tripé macroeconômico – superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante – que gera maiores exploração de mais-valia e concentração de renda às classes dominantes. Além disto, enfatiza-se que a arrecadação tributária incidente sobre os bens e serviços é superior à financeira, o que explicita a lógica de incentivo às atividades especulativas.

No que diz respeito à saúde, depreende-se que os recursos do fundo público, compostos por impostos e contribuições sociais dos brasileiros, são apropriados pelas classes dominantes, fazendo com que o Estado realize o pagamento de juros da dívida pública.

Nesse sentido, o Estado atende o mesmo senhor através de dois mecanismos ‘aparentemente’ opostos. De um lado, garante recursos no fundo público, o que permite seu comprometimento com o pagamento dos juros da dívida, mantendo a rotação do capital. Por outro lado, desfinancia as políticas sociais (aqui, com foco na saúde), através das renúncias, no intuito de drenar recursos para setores que mais investem na financeirização.

Ao se voltar especificamente para a situação do financiamento da saúde no Brasil, é notável o desenvolvimento de um arcabouço legal no País que propicia a ampliação das renúncias fiscais. Assim, considera-se que as renúncias fiscais são utilizadas de uma maneira política, com possibilidade de expansão ou introdução de novos tipos.

Portanto, entende-se que a utilização política das renúncias fiscais em saúde tende a contribuir para o aumento da reprodução de gastos indiretos do Estado, o que afeta o financiamento direto e/ou indireto do SUS, visto que este sistema tem problemas estruturais desde a sua criação. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Piola SF, Barros MED. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 101-138.
3. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 139-168.
4. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 247-258.
5. Oliveira FA. Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec; 2009.
6. Leme Junior JA, Mendes A. Imposto sobre transações financeiras como uma contribuição ao financiamento do SUS. Argum. [internet]. 2017 jan-abr [acesso em 2017 nov 25]; 9(1):164-179. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/14383/10938>.
7. Brasil. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 93, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União. 9 set 2016.
8. Brasil. Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Finanças Públicas. Diário Oficial da União. 5 maio 2000.
9. Ocké-Reis CO, Gama FN. Radiografia do Gasto Tributário com Saúde – 2003 – 2013. Nota Técnica nº 16. Brasília, DF: Ipea, 2016.
10. Mendes A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [acesso em 2018 fev 20]. Disponível em: www.cee.fiocruz.br/?q=node/611.
11. Roberts M. The long depression: how it happened, why it happened, and what happens next. Chicago: Haymarket Books; 2016.
12. Pachukanis EA. Teoria Geral do Direito e do Marxismo e Ensaios Escolhidos 1921-1929. São Paulo: Sundermann; 2017.
13. Brasil. Receita Federal. Estudos tributários 12: Gastos governamentais indiretos, de natureza tributária (Gastos tributários – conceituação). Brasília, DF: Receita Federal; 2003.
14. Pellegrini JA. Gastos Tributários: conceitos, experiência internacional e o caso do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2014.
15. Salvador E. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.
16. O'Connor J. USA: A Crise do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
17. Rosa EST, Souza FR, Silva JD. Perfil da carga tributária brasileira: base de incidências dos tributos e alternativas constitucionais à austeridade fiscal e à regressividade social. In: Anais do 22º Encontro Nacional de Economia Política; 2017. Campinas: Unicamp; 2017.
18. Chesnais F, organizador. A Finança Mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências. São Paulo: Boitempo; 2005.
19. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública [internet]. 2015 abr [acesso em 2018 maio 9];

- 31(4):663-666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=en.
20. Surrey S. Pathways to tax reforman. Cambridge: Harvard University; 1973.
21. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Gastos tributários do Governo Federal: um debate necessário. Brasília, DF: Ipea; 2011.
22. Alvarenga LVBH. Gastos Tributários Sociais – Como estamos. Niterói: UFF; 2012.
23. Brasil. Receita Federal. Gastos Tributários – Previsões PLOA, 2018 [internet] [acesso em 2017 dez 5]. Brasília, DF: Receita Federal; 2017. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitada-renuncia-fiscal/previsees-ploa>.

Recebido em 28/02/2018

Aprovado em 29/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve