

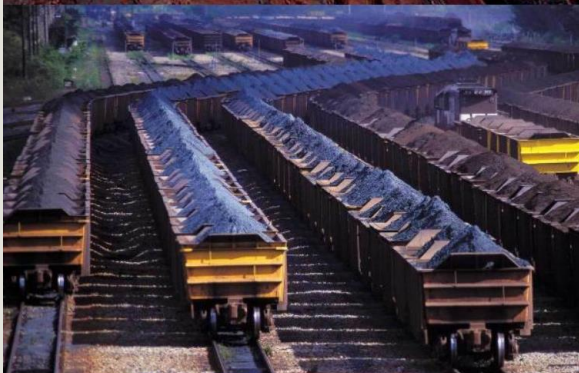
Nota Técnica

Nº 186.

Novembro de 2015

Qual a relação entre a fragilidade da política pública de saúde e o sobrelucro das mineradoras na Amazônia?

Por Grazielle David, assessora política do Inesc



Introdução

A mineração tem crescido a taxas expressivas nos últimos anos. Entre 2000 e 2010 o setor teve um crescimento de 500%, transformando o Brasil em *player* mundial. Nas contas externas, o desempenho do setor tem sido estratégico para o equilíbrio da balança comercial: em 2012 o setor gerou um saldo positivo de U\$ 30 bilhões.

Mas, além da sua contribuição para a balança comercial e dos elevados impactos socioambientais, que relação a mineração guarda hoje com o desafio de construção de um país mais justo?

Para contribuir com esta discussão o texto propõe uma questão inusitada: qual a relação entre a fragilidade da política pública de saúde na região e a injustiça fiscal ocasionada pelo sobrelucro das mineradoras na Amazônia?

Também pretende mostrar que esta discussão deve ser levada em conta neste contexto político onde se discute no Congresso Nacional um Novo Código da Mineração, uma vez que este debate e as escolhas sobre mudanças na regulação do setor extrativo são importantes e dizem respeito a todos nós.

Injustiça Fiscal

No Brasil, a injustiça fiscal ou tributária é uma marca da história passada e presente. O caráter regressivo da carga tributária agrava o ônus fiscal sobre os mais pobres e, com maior peso sobre as mulheres e os/as negros/as¹. Este sistema estruturalmente injusto tem seu peso ainda mais reforçado em alguns setores da economia, como é o caso do setor minerador, em especial da parcela do setor orientada para a produção de commodities minerais para exportação.

São vários os fatores que configuram um quadro de injustiça tributária no setor mineral. Os *royalties* da mineração (Compensação Financeira pela Exploração de Recursos Minerais – CFEM) são pouco expressivos; o incentivo fiscal para exportação, que tem referência na chamada Lei Kandir (LC 87/96), acaba por gerar um rombo nos orçamentos estaduais que não são compensados pela União; as empresas transnacionais, detentoras dos direitos de exploração das principais e mais lucrativas áreas de mineração, se utilizam de diversos artifícios contábeis, por vezes ilegais, para reduzir o pagamento de tributos. Para piorar o quadro de injustiça tributária, na Amazônia as mineradoras têm acesso a isenções fiscais no âmbito da [SUDAM](#). Com estas isenções, fartamente utilizadas pelas mineradoras elas deixam de pagar até 82,5% do Imposto de Renda devido; literalmente, um ‘negócio da China’.

A baixíssima tributação das mineradoras no Brasil, em oposição ao que ocorre no resto do mundo, resulta em baixa arrecadação para o país e principalmente para os estados que dispõem de maiores reservas de substâncias minerais, entre eles o estado do Pará, na Amazônia.

Acontece que sem uma capacidade arrecadatória adequada os entes federados acabam limitados na sua capacidade de aplicação de recursos próprios na promoção de direitos e oferta de políticas e serviços públicos, como é o caso da saúde.

¹ Sobre a regressividade do sistema tributário brasileiro e seu peso na produção de desigualdades sociais ver: Salvador, Evilásio. 2014. As implicações do sistema tributário brasileiro nas desigualdades de renda. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/livros/2014/carga/view>

A região Norte, em particular, por ter a mineração como importante elemento de sua balança comercial, fica penalizada na sua capacidade de arrecadação e de aplicação em serviços públicos, deixando sua população prejudicada tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços de saúde, conforme veremos.

Saúde na Região Norte

A atenção à saúde é de forma macro dividida entre Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade. A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. São os postos de saúde.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. São os laboratórios e clínicas de especialistas. Já a alta complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção. São os hospitais.

Como somente a Atenção Básica deve ser ofertada em todos os municípios, enquanto a média e a alta complexidade são ofertadas por regiões de saúde, consideraremos o desempenho da atenção básica nos municípios do Norte.

O financiamento da Atenção Básica é tripartite, financiado pelos três entes federados. A União transfere aos municípios os recursos financeiros por meio do bloco de financiamento da atenção básica, na modalidade fundo a fundo, o qual é constituído pelos pisos da atenção básica: i) fixo (PAB fixo), composto por recurso per capita; e ii) variável (PAB variável), composto por recursos destinados à implantação de estratégias prioritárias. A transferência estadual ocorre da mesma forma.

Apesar das estratégias para aprimorar o financiamento da Atenção Básica, os municípios convivem com diversos tipos de dificuldades, especialmente os de pequeno porte que têm dificuldade em arrecadar recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal e estadual.

Em estudo realizado sobre a eficiência da atenção básica no Brasil², foi construída a Tabela 1 (abaixo) que sumariza os dados financeiros médios per capita aplicados na atenção básica, referentes aos municípios brasileiros, em relação às transferências da União e ao valor total aplicado neste nível de cuidado.

Tabela 1³: Média e desvio padrão das transferências federais per capita e do gasto total per capita dos municípios para a atenção primária no período 2008-2010, por grupo homogêneo e por regiões, Brasil.

² David, GC; Shimizu, HE; Silva, EN. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. Rev. Saúde em Debate. *No prelo*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível aqui.

http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3236

³ Notas: Desvio padrão entre parênteses; valores deflacionados a preços de julho de 2014, com base no IPCAIBGE.

	2008		2009		2010		2008-2010	
	(a) Transf. fed. <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(b) Gasto total <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(c) Transf. fed. <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(d) Gasto total <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(e) Transf. fed. <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(f) Gasto total <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	(g) Transf. fed. média <i>per capita</i> (R\$)	(h) Gasto total médio <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)
Média Nacional								
Brasil	46,37 (28,63)	127,15 (309,71)	54,76 (30,61)	130,67 (156,25)	62,70 (33,11)	153,15 (172,41)	54,61 (29,71)	136,99 (164,03)
Regiões Brasileiras								
N	56,69 (32,30)	88,69 (95,18)	66,10 (32,04)	97,02 (89,62)	76,34 (37,71)	114,16 (106,71)	66,37 (31,99)	96,88 (77,33)
NE	54,76 (26,42)	127,52 (480,25)	64,83 (26,41)	99,62 (96,22)	74,60 (27,93)	116,21 (104,24)	64,68 (25,51)	114,00 (176,64)
CO	53,06 (32,40)	140,61 (186,73)	59,75 (32,65)	157,65 (174,26)	69,84 (33,37)	182,81 (190,63)	60,88 (31,92)	160,35 (168,46)
SE	39,17 (24,59)	132,82 (177,68)	46,91 (31,31)	154,64 (187,45)	53,88 (31,28)	182,42 (59,49)	46,65 (168,53)	156,62 (168,67)
S	42,15 (23,87)	142,00 (161,46)	49,31 (25,94)	159,51 (171,68)	54,41 (26,69)	184,80 (183,98)	48,62 (24,27)	162,43 (147,74)

Fonte: David, GC; Shimizu, HE; Silva, EN. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. Rev. Saúde em Debate. *No prelo*. Rio de Janeiro, 2015.

Nacionalmente, a média per capita das transferências federais aos municípios foi de R\$ 54,61 enquanto o valor total médio per capita aplicado na atenção básica foi de R\$ 136,99. Além disso, essas transferências seguiram um padrão voltado à equidade, pois houve maior repasse de recursos aos municípios da região Norte com uma média de R\$ 66,37 do que aos municípios da região Sudeste com uma média de R\$ 46,65.

Porém, é nítida a dificuldade de investimento de recurso próprio dos municípios da região Norte para compor o gasto total médio per capita com atenção básica, visto que, apesar de receberem as maiores transferências federais per capita, têm o menor gasto total per capita na média do período: Norte R\$ 96,88 ao passo que a região Sul aplicou R\$ 162,43.

Os impactos da injustiça fiscal da Mineração na saúde da população do Norte

As transferências federais para a atenção básica demonstraram ser realizadas de acordo com o princípio da equidade. As regiões Norte e Nordeste são as que receberam maior transferência per capita. Tanto a equidade quanto a ampliação do valor per capita transferido pela União são reforçados a partir de 2003, quando o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva, aumentando o PAB fixo, valor transferido per capita, sem necessidade de pactuações como ocorre no PAB variável. Além disso, com o objetivo de atingir um financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.434/2004 pela primeira vez empregou indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios.

Apesar desta transferência federal mais equitativa para a atenção básica nas regiões Norte e Nordeste, **a contrapartida com investimentos próprios não é adequada**, verificaram-se grandes diferenças na proporção entre o gasto total médio e o valor federal transferido para a atenção básica entre 2008 e 2010: **enquanto a região Norte aplicou apenas 1,45 vez o valor transferido, a região Sul aplicou 3,34 vezes.**

Esta baixa aplicação própria da região Norte ocorre muito pela baixa arrecadação tributária pelos municípios e estados da região. Tomando o estado do Pará, como exemplo, a Nota Técnica produzida pelo Inesc Nº 185, revela que, entre 2007 e 2013, ele poderia ter recolhido R\$ 11,9 bilhões de ICMS do setor mineral, porém foi compensado com apenas R\$ 2,5 bilhões (21,2%) da Lei Kandir – menos R\$ 9,4 bilhões, ou seja, uma perda de 78,8% da capacidade arrecadatória. Esta situação é ainda mais grave porque o Pará é muito dependente do setor mineral, já que a atividade mineradora representa 68,3% da balança comercial do estado da região Norte.

O índice de Desempenho da Atenção Básica (IdsusAB) para a região Norte é de apenas 5,22; enquanto a média nacional é 8,10. Ou seja, **a falta de capacidade de investimento na saúde ocasiona piora do desempenho do acesso e da qualidade da atenção básica à saúde das populações dos municípios da região Norte.**

É urgente uma adequação tributária para onerar de maneira justa as empresas mineradoras, por meio de uma revisão das taxas e da incidência da CFEM junto com uma reavaliação das desonerações tributárias e incentivos fiscais, em especial para os grandes conglomerados. É igualmente urgente uma regulação global das transnacionais, associado ao fim do uso dos paraísos fiscais para intermediar o comércio internacional, que impeça a erosão de sua capacidade arrecadatória e a redução da soberania tributária dos países.