

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE GESTÃO E NEGÓCIOS
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

WILIAN TAVARES DUARTE

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS E DESIGUALDADE REGIONAL

**GOIÂNIA
2020**

WILIAN TAVARES DUARTE

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS E DESIGUALDADE REGIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Gestão e Negócios, da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Bacharel em
Ciências Econômicas

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Duarte de Castro

GOIÂNIA

2020

WILIAN TAVARES DUARTE

2017.1.0021.0060-0

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS E DESIGUALDADE REGIONAL

Monografia defendida como trabalho final do Curso de Ciências Econômicas, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aprovado em

07/12/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sérgio Duarte de Castro (orientador)

Prof Antonio José Porto Bandeira

Prof. Valdivino José de Oliveira

Goiânia
2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que me acompanham e contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço também ao Professor Sergio Duarte pela contribuição na orientação deste trabalho e pela paciência durante este momento tão conturbado.

RESUMO

O presente trabalho aborda a relação das transferências e recursos do Sistema Único de Saúde com os critérios previstos em lei para a execução dos mesmos e se os repasses realmente refletem os critérios necessário na prática. Para esta análise foi abordado o contexto sobre o qual se criou o SUS para se compreender melhor como se constrói a ideia de equidade dentro do rateio de recursos. Posteriormente definidas algumas desigualdades socioeconômicas e de saúde por meio de alguns dados do IBGE e DATASUS foi feita a relação das disparidades socioeconômicas e em saúde com os recursos disponíveis para cada região. Por fim a relação entre os valores dos repasses e os critérios previstos para rateio de recursos na lei n 141/2012 onde por meio de gráficos de dispersão com linha de tendência e também analisado as relações destas variáveis com o coeficiente de Pearson obteve-se o resultado esperado de que os repasses não refletem o caráter redistributivo desejado para redução das disparidades regionais mas tão somente se pautam no critério per capita.

PALAVRAS CHAVE: SUS. Repasses. Desigualdade. Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Linhas de pobreza monetária e características da população, 2018	22
Gráfico 2 - Índices de Gini da distribuição do rendimento domiciliar, 2012 - 2018 (per capita)	23
Gráfico 3 - Proporção de pessoas abaixo do índice de pobreza de acordo com as unidades da federação, 2018.....	26
Gráfico 4- Participação dos obtidos por enfermidades intestinais e tuberculose na taxa de mortalidade por doenças infecto contagiosas intestinais e tuberculose nas macrorregiões brasileiras, 2019 (%)......	26
Gráfico 5 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e população dos municípios brasileiros (2018)	32
Gráfico 6 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e índice de mortalidade infantil* dos municípios brasileiros (2018).....	33
Gráfico 7 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e receita tributária dos municípios brasileiros (2018)	34
Gráfico 8 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS o PIB per capita* dos municípios brasileiros (2018)	34
Gráfico 9 -Coeficientes de Pearson da relação entre os repasses do SUS e variáveis selecionadas dos municípios brasileiros (2018)	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Disponibilidade de médicos e recursos por macrorregião, 2018 (por mil habitantes*)	28
Quadro 2 - Valor e coeficiente de variação de variáveis selecionadas de saúde do Brasil e por Macrorregião (2018).....	28

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 SUS, FEDERALISMO E JUSTIÇA DISTRIBUTIVA	11
1.1 Constituição de 1988, Federalismo e Saúde	12
1.2 SUS e o Financiamento da Gestão Descentralizada.....	16
2 DESIGUALDADE REGIONAL E DESIGUALDADE EM SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1 Desigualdades Socioeconômicas	20
2.2 Desigualdades em Saúde.....	25
3 TRANSFERÊNCIAS DO SUS E DESIGUALDADES	30
REFERÊNCIAS.....	37

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, surgiu como ferramenta da assistência em saúde garantida pela Constituição de 1988, com o principal objetivo de garantir o bem estar social de forma equitativa e universal, com caráter redistributivo no intento de diminuir as grandes disparidades socioeconômicas presentes entre as regiões do país. Para isso a forma de rateio dos repasses deveria ser feita de forma justa e proporcional a necessidade do município levando em conta alguns critérios citados no art. 35 da lei 8080/1990 que teoricamente deveriam medir as proporções dos repasses a serem transferidos para cada município. Os municípios por sua vez têm total autonomia, uma vez que o Brasil se constitui em um sistema federalista, os estados podem decidir a forma de empregar tais recursos sendo estes os conhecedores mais íntimos das necessidades de sua população.

Após a lei 8080/2012 percebeu-se que os critérios onde deveriam se pautar os repasses não refletiam o caráter redistributivo buscado e a partir daí outros processos legislativos surgiram no intuito de suprir essa necessidade, porém sem sucesso.

Este trabalho busca por meio do entendimento mais detalhado dos princípios e diretrizes do SUS, averiguar se os repasses e a alocação de recursos cumprem o caráter redistributivos e se estes cumprem o principal objetivo de reduzir as desigualdades socioeconômicas de forma a tratar os desiguais a medida que se desigualam.

O grande problema se encontra na definição legislativa para os critérios que deveriam ser mais simples e objetivos, sendo o critério per capita o único de entendimento claro e no fim das contas só neste que se pautam os repasses, os demais são deixados de lado devido a complexidade de entendimento e execução.

Deste modo se dá a relação dos repasses do SUS com a desigualdade socioeconômica regional, onde os repasses deveriam refletir essas desigualdades buscando nivelá-las considerando o que se define em lei, porém a prática se mostra ineficiente e nem de longe o SUS cumpre seu objetivo principal de reduzir os abismos sociais presentes na sociedade brasileira que resultam em desigualdades em saúde.

O trabalho será organizado em três capítulos, além dessa introdução. No primeiro capítulo se situará o SUS no âmbito dos princípios do federalismo e da justiça distributiva da Constituição de 1988. No segundo, será discutida a estreita relação entre as desigualdades regionais e as iniquidades em saúde no Brasil. No terceiro, por fim, serão analisados e interpretados os resultados da pesquisa e apresentadas as conclusões finais.

1 SUS, FEDERALISMO E JUSTIÇA DISTRIBUTIVA

O sistema único de saúde (SUS) surgiu a partir de alguns processos sociais e legislativos que configuraram um sistema único de atendimento à população que busca, por meio de alguns princípios legais, suprir as necessidades por meio de assistência gratuita e geral. Seguindo seus princípios e diretrizes o SUS surge da ideia de proporcionar o bem estar social por meio da consciência de abismos socioeconômicos que se dão de região para região em um país de proporções continentais.

Desse modo se configura a assistência por meio deste sistema que abrange todas as necessidades, das mais básicas as mais complexas de forma integral, a qualquer cidadão e sem nenhum tipo de contrapartida. Apesar da ideia das diretrizes e critérios de repasse já serem apresentados na Constituição de 1988, devido a alguns processos legislativos não tão claros e objetivos a respeito das finalidades, o andamento legislativo não se findou por aí.

O SUS foi estabelecido por meio da primeira lei orgânica da Saúde, lei 8.080 em setembro de 1990, estabelecendo regras por meios das quais as transferências intergovernamentais deviam se orientar para que estas cumprissem o real objetivo de diminuir progressivamente as disparidades sociais por meio de uma justiça distributiva de recursos que se caracteriza por repasses de caráter redistributivos que buscam, definir a proporção dos recursos a serem investidos em cada região de acordo com a necessidade que é determinada por meio de alguns indicadores socioeconômicos e epidemiológicos. Posteriormente a lei 8.142 em dezembro de 1990 traz detalhadamente os regimentos da participação popular (BRASIL, 1990)

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS em 1993 (NOB-SUS 93) e sua edição de 1996 (NOB 96) trataram de forma mais direta e objetiva a descentralização que parte do princípio federalista, onde desta forma foi consolidada a autonomia dos municípios. Também a respeito do fortalecimento das instâncias colegiadas, das transferências fundo a fundo, com base em valores *per capita* previamente fixados e da classificação de condições dos municípios, sendo elas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (MS, 1997)

Assim se configura o SUS, seguindo o princípio federalista com uma gestão descentralizada e com o objetivo de atender a população como um todo, pautando-se nas necessidades com uma forma de distribuição justa de recursos e no reconhecimento da autonomia dos estados e municípios para a gestão de recursos.

1.1 Constituição de 1988, Federalismo e Saúde

A constituição de 1988 diz respeito as bases do federalismo brasileiro e traz também diretrizes a respeito da saúde que se inclui no conceito de seguridade social. A respeito do federalismo, este se define por um sistema político onde vários estados se unem para formar um conjunto maior, conservando a autonomia de cada um, constituindo entidades autônomas de governo próprio, perdendo a identidade de estado soberano. Nega o poder centralizado do estado.

Existe no Brasil o sistema federalista desde a proclamação da república em 1889, porem com as alterações promovidas pela constituição de 1988 os estados e municípios passaram a lutar pela autonomia orçamentaria de recursos públicos disponíveis. (AMARAL FILHO, 1999)

No art.18 da Constituição federal define-se a autonomia ou certo grau de independência das esferas governamentais, reconhecendo esta autonomia e permitindo aos estados sua criação, transformação, reintegração, incorporação, desmembração para integração a outros mediante aprovação popular e legislativa por lei complementar, deixando claro que o estado federal é o único com teor qualitativo de soberania. (BRASIL, 1988)

O federalismo se pauta em princípios que definem a identidade dessa organização das esferas governamentais. Esses princípios são 4: autonomia ou concorrência, cooperação; coordenação e equidade ou solidariedade regional. (AMARAL FILHO, 1999)

O princípio da autonomia é a base de todo sistema federalista, sem este o federalismo não cumpre seu propósito. A Autonomia é garantida por constituição como já citado anteriormente. Nesse cenário os estados, municípios, união e distrito federal

tem sua autonomia em diferentes graus de distribuição, com algumas responsabilidades para com as outras esferas, relacionando-se assim a ideia da autonomia à cooperação.

A cooperação é ligada a autonomia, isso significa que o exercício da autonomia não pode ser tomado com certas responsabilidades para com os demais entes federados, de modo a formar ações em conjuntos para objetivos convergentes. Podendo ser feitas por meio de manifestação horizontal e vertical, as ações cooperativas podem se dar por meio de alianças, consórcios, parcerias etc. As ações têm responsabilidades tanto entre os entes federados subnacionais quanto ao governo federal (AMARAL FILHO, 1999)

A coordenação traz o governo federal como responsável para coordenar as ações que se fazem necessárias dentro do princípio de cooperação entre estados e municípios. Busca por meio de regras e incentivos garantir o controle das ações para que se cumpra o objetivo e de incentivar a cooperação de forma a induzir uma convergência das ações destes entes federativos garantindo o bem-estar social desejável dentro desse contexto de ações coletivas (AMARAL FILHO, 1999).

Por fim, o conceito de equidade ou solidariedade regional reconhece as grandes disparidades socioeconômicas, que podem influenciar negativamente na estrutura do sistema federativo, causando desequilíbrios e conflitos que não são desejáveis na condução de um sistema cooperativo. Por isso, dada a necessidade de atender diferentes necessidades em diferentes proporções, visando equalizar, do ponto de vista fiscal as transferências, tratando os desiguais à medida que se desigalam. Esse balanceamento das necessidades se trata de uma função redistributiva, que dentro do conceito de equidade tem papel de diminuir progressivamente as disparidades regionais socioeconômicas de uma forma justa, ou seja, um estado com fraco poder de geração de receita tributária deve receber maior apoio em vista de um estado com grande capacidade de geração de receita tributária.

O art. 194 da Constituição Federal prevê um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar direitos básicos relativos à saúde, previdência e assistência social. No artigo 198 presente define-se os princípios do sistema único de saúde, onde é claro a ideia de um sistema único com uma rede regionalizada e hierarquizada

seguindo as seguintes diretrizes: Descentralização, respeitando a autonomia de cada esfera do governo; Atendimento integral, abrangendo todas as necessidades e dando prioridade as preventivas; Participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Essas são as diretrizes que definem o Sistema Único de Saúde (SUS) de modo a garantir a saúde como um dos objetivos da seguridade social. A partir dessas diretrizes, os princípios regem e conduzem as ações de forma a garantir que as diretrizes sejam cumpridas de acordo com o desejável.

Partindo das diretrizes previstas no art. 198 da Constituição federal, o art. 7 da lei 8.080, lei orgânica da saúde publicada em 1990, diz respeito aos princípios das ações e serviços públicos de saúde e conveniados. Visando garantir o cumprimento das diretrizes que dão origem ao SUS, os princípios definem os valores e identidade das ações de assistência à saúde proporcionadas pelo sistema único, são os princípios: Universalidade, abrangendo todos os níveis de assistência; Integralidade de assistência, sendo um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços em todos os níveis do sistema; Preservação da autonomia dos indivíduos defendendo sua integridade; Igualdade à assistência, sem preconceitos ou privilégios; Direito a informação à população que usufrui dos serviços prestados; Divulgação de informações quanto a extensão e utilização dos serviços e ações; Utilização da epidemiologia para o direcionamento de recursos de acordo com prioridades; Participação da comunidade, que garante a inserção da população na formulação de políticas públicas na assistência à saúde; Descentralização político-administrativa, sendo de direção única em cada esfera do poder público respeitando a regionalização e hierarquização da rede de serviços em saúde; Integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; Conjugação dos recursos produtivos de todas as esferas do governo na prestação de serviços de assistência à saúde; Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis; E organização para evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

A lei 8.142 traz em sete artigos o formato da participação popular já citada na Constituição de 1988 em cada esfera do governo no SUS, configurando as instâncias

colegiadas e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990)

Os serviços de assistência à saúde são financiados a partir de transferências de fundos destinados a fins específicos, essas transferências seguem critérios que determinam as proporções em que ocorrem esses repasses. Os critérios se fazem necessários uma vez que a identidade socioeconômica do país apresenta grandes disparidades socioeconômicas que configuram necessidades diferentes para diferentes localidades.

O art. 35 da lei 8.080 apresenta a primeira ideia de critérios a serem utilizados para buscar a equidade nas transferências, colocando em seus três primeiros itens o perfil demográfico e perfil epidemiológico da população e as características qualitativas e quantitativas da rede de saúde do local a receber a cobertura de custos. No primeiro parágrafo limita-se esses critérios a 50% dos recursos, sendo a outra metade definida por critério *per capita*. (BRASIL, 1990)

O grande problema se dá pela falta de clareza e objetividade dos critérios propostos, sendo estes de difícil interpretação e com flexibilidade que foi insuficiente para o cumprimento do caráter redistributivo, não atendendo de forma efetiva a ideia da equidade que conseqüentemente não foi suficiente para abranger as disparidades socioeconômicas.

Os primeiros estudos apontam que no art.35 as orientações convergiam para dois pontos diferentes e a metodologia de definição de índices por sua vez poderia apresentar qualquer resultado a depender dos pesos adotados na proposta. Sendo assim, essa limitação e a existência de critérios não bem explicitados não explicava que as transferências deveriam necessariamente ter um papel redistributivo (PIOLA, 2017).

Visto a falta de objetividade da lei anteriormente citada, foi suspenso o disposto no art. 35 e estabelecido na lei 8.142 que o critério populacional de forma exclusiva até a regulamentação do artigo que necessitava de um entendimento mais claro e mais fácil implementação (BRASIL,1990).

Tal medida contribuiu para reduzir certas desigualdades, mas não atingia o objetivo equitativo uma vez que ao adotar o critério per capita como exclusivo reconhecia todos os indivíduos de uma população como portadores de necessidades iguais. Por fim, em 2012, surge a Lei Complementar nº 141, que preserva alguns critérios presentes no art. 35 da Constituição de 1988 e traz novos referentes às necessidades de saúde e a dimensão socioeconômica de modo a complementar e melhorar o entendimento do objetivo e prioridades dos repasses destinados a assistência à saúde. Definindo de forma clara o objetivo de diminuir as desigualdades buscando a equidade entre as diferentes localidades (BRASIL, 2012).

Esse modelo então apresenta um caráter importante para a análise aqui proposta. A busca da redução das disparidades socioeconômicas é regulamentada de forma a identificar tais critérios tendo como base o caráter redistributivo das transferências entre as esferas governamentais. O caráter redistributivo é o principal meio para que os fundos a serem aplicados cumpram de forma equitativa conforme a necessidade dos municípios.

1.2 SUS e o Financiamento da Gestão Descentralizada

Das diretrizes já explicitadas, este trabalho enfoca a descentralização. Esta que define as transferências como baseadas em critérios redistributivos. Sendo o Brasil um país com dimensões continentais e com grandes disparidades sociais em aspectos socioeconômicos, o financiamento das atividades proporcionados pelas transferências fundo a fundo, seguem, a priori, um caráter redistributivo. Visando garantir a universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde.

A gestão descentralizada promove a redistribuição do poder e das responsabilidades, em direção única, de forma articulada e integrada, nas três esferas do Governo: Municipal, Estadual e Federal. Desta forma os entes federativos responsáveis por cada região conseguem atender as necessidades específicas da população e tem a autonomia de implementar medidas que vão ao encontro das necessidades locais.

A importância dessas transferências se dá pela base constitucional, onde a descentralização fiscal e administrativa, além da redistribuição de recursos entre as regiões brasileiras são aspectos que visam garantir a universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde. Sob a ótica da descentralização, que parte do princípio federalista, os municípios são os responsáveis pela gestão dos recursos destinados a saúde. Entende-se que estes conhecem melhor as necessidades e prioridades de sua população devido à proximidade aos cidadãos. Sendo assim, atendendo o princípio da equidade uma vez que se entende a desigualdade das necessidades, os municípios alocam os recursos de acordo com a necessidade local.

Explicando melhor o critério redistributivo, este segue a ideia de que municípios são avaliados de acordo com seus indicadores vitais, epidemiológicos, socioeconômicos e de arrecadação. A partir desses indicadores é definida a proporção do financiamento da assistência à saúde, buscando garantir o cumprimento dos princípios dos sistemas. As transferências que financiam a gestão descentralizada são feitas na modalidade fundo a fundo, são de caráter obrigatório e condicional. Com a obrigatoriedade, as transferências são realizadas de forma automática e compulsória. Já a condicionalidade impõe que os fundos devem ser aplicados em propósitos específicos para saúde.

Baseadas na Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) as regras de financiamentos e transferências definem alguns preceitos que regem e modelam a forma de repasse. Essa leva-se em consideração as fontes de receita do estado, de acordo com seus derivados grupos. Definindo-se que para o cálculo da base de receitas, deve-se subtrair, da soma de todas as fontes, o montante em transferências constitucionais e legais que é encaminhado dos estados aos municípios. Além disso, da receita resultante de todas as fontes, aplica-se 12% para o financiamento à saúde nos estados, já para os municípios aplica-se 15% (SIMÃO E ORLLEANO, 2015).

Para recebimento dos recursos dos recursos locais e transferido para fins de saúde os estados e municípios devem constituir fundos e conselhos da saúde para recebimento dos recursos dos recursos locais e transferido para fins de saúde. Servem os fundos específicos como ferramenta que facilita a fiscalização e controle dos repasses, e os conselhos exercem a fiscalização e aplicação dos recursos.

Os fundos se dividem em seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de média e alta complexidade; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica; Gestão SUS; Investimentos. O fundo de atenção básica se destina para ações de assistência básica da população, seu valor é baseado do nível total de produção ou de cobertura de cada programa com um limite máximo por estado ou município. O fundo de atenção de média e alta complexidade se destina a procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigem tecnologia e profissionais adequados e específicos; O fundo de vigilância em saúde se divide em promoção da saúde e vigilância sanitária; O fundo de assistência farmacêutica se divide nos componentes: básicos, estratégicos e medicamentos de dispensação excepcional, sendo financiados através de um recurso per capita; O fundo de gestão do SUS são destinados a ações de regulação, controle, planejamento, orçamento, gestão do trabalho, educação em saúde e implantação de novas unidades específicas.

Após o pacto pela saúde em 2006 (que também foi responsável pela modificação dos blocos de financiamento para os já citados), passou a existir a possibilidade de os estados e municípios poderem receber recursos por meio de um fundo destinado a investimentos adicionais que são liberados através de um fundo destinado a investimentos adicionais que são liberados sob aprovação de projetos específicos pelo ministério da saúde.

Com exceção ao fundo de investimentos, todos os demais tipos de transferências fundo a fundo são de caráter obrigatório, ocorrendo de forma regular e automática, baseados em critérios per capita ou de produção e cobertura de alguns programas. Existe também a possibilidade de que um convenio seja feito junto ao governo federal para ações e programas de responsabilidade mútua. Esse é o único caso em que pode ocorrer a exigência algum tipo de contrapartida financeira (SIMÃO E ORLLEANO, 2015).

Boa parte das transferências feitas fundo a fundo do SUS são baseadas em critérios de valores per capita, e algumas a partir de programas de demonstração de prestação de serviço. No segundo caso as transferências dependem da propensão local a completar as transferências, de acordo com a proporção de quanto utilizam dos recursos para os fins desejados.

As transferências são regidas e condicionadas para garantir tantos os fins para os quais as transferências foram destinadas, quanto para atender os princípios que operacionalizam as ações de saúde.

Apesar de todas as cautelas e regimentos estabelecidos em constituição, muitos estudos mostram a falha da execução do caráter redistributivo das transferências fundo a fundo.

2 DESIGUALDADE REGIONAL E DESIGUALDADE EM SAÚDE NO BRASIL

Como já expressado no capítulo anterior, o Brasil é um país que apresenta grandes disparidades socioeconômicas em sua configuração territorial. Algumas regiões apresentam grande deficiência nos quesitos de saúde, renda, segurança etc., devido ao mal desenvolvimento socioeconômico por motivos históricos e de localização.

Até mesmo internamente às microrregiões pode se notar um abismo social devido ao desenvolvimento mal planejado, marginalizando parte da população e dificultando o acesso às necessidades básicas de saúde, moradia e qualidade de vida.

2.1 Desigualdades Socioeconômicas

A desigualdade social determina lugar aos desiguais, separa classes por diversos motivos de configurações sociais e limita o acesso de alguns às necessidades básicas do cidadão, entre elas o acesso à saúde. Fator de grande peso para a análise aqui proposta é a proporção das desigualdades socioeconômicas presentes na extensão territorial do país. A renda e a qualidade de vida estão diretamente ligadas às necessidades em saúde da população.

Algumas regiões apresentam em suas configurações sociais a falta de acesso às necessidades básicas, que por sua vez tem influência em maior necessidade de serviços em saúde. Isso ocorre tanto por dificuldade ao acesso de serviços por motivos de distância ou infraestrutura local, quanto por falta de orientação e informação no que se diz respeito a acompanhamentos preventivos.

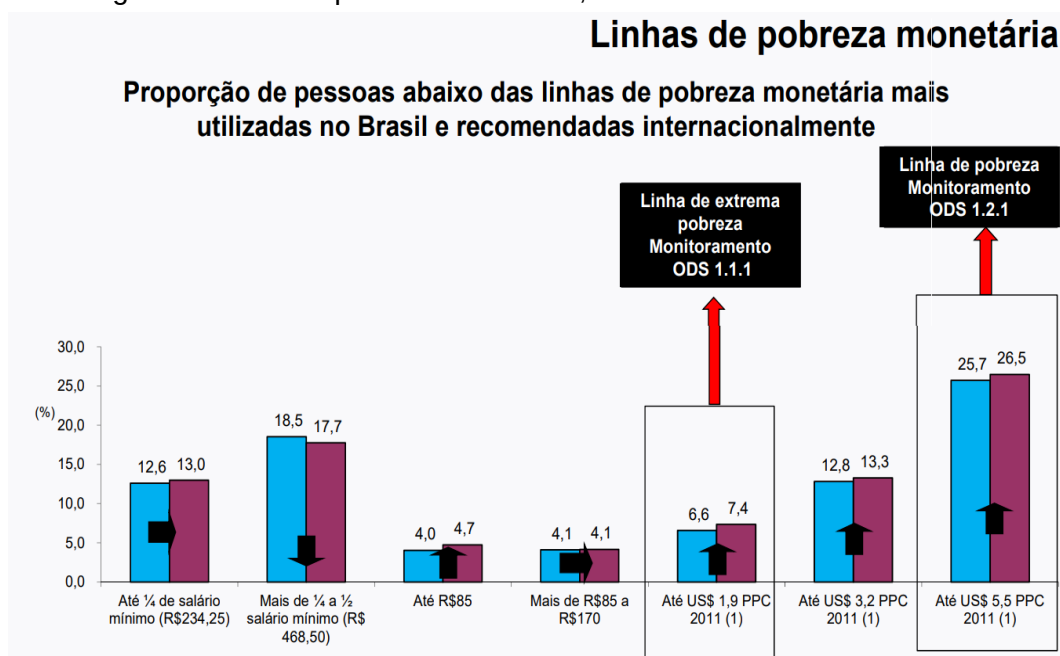
É de se esperar que as necessidades em saúde de uma população carente sejam substancialmente maiores do que a de populações de classes mais elevadas. Como já citado, é justamente essa questão que configura o caráter redistributivo dos repasses do SUS. Se não for cumprido o objetivo principal de reduzir essas desigualdades, as famílias aumentam seus gastos com saúde quando este é possível, o que leva ao empobrecimento familiar devido à baixa renda.

A pensar pela ótica da extensão territorial, por uma questão logística e econômica onde se instalam alguns polos empresariais, algumas regiões ficam encarecidas de oportunidades de emprego, e o estado ou município tem baixo potencial de arrecadação sendo está ligada a renda e a produção. A falta de renda e de arrecadação governamental leva a configuração de uma população marginalizada que carece de assistência básica, o que influencia de forma direta nos índices de saúde.

Devida falta de prevenção e falta de infraestrutura básica nos locais de baixa renda, as doenças mais negligenciadas, como: Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária e tuberculose.

Para análise da desigualdade na distribuição de rendimentos são adotados dois índices que expressam como a renda total se distribui entre a população, o índice de Gini que possui valores entre 0 e 1, sendo 1 o valor de máxima desigualdade e 0 a perfeita igualdade na distribuição do rendimento e o índice de palma que apresenta a razão entre a parcela do rendimento apropriada pelos 10% com maiores rendimentos domiciliares per capita em relação à parcela apropriada pelos 40% com menores rendimentos domiciliares per capita.

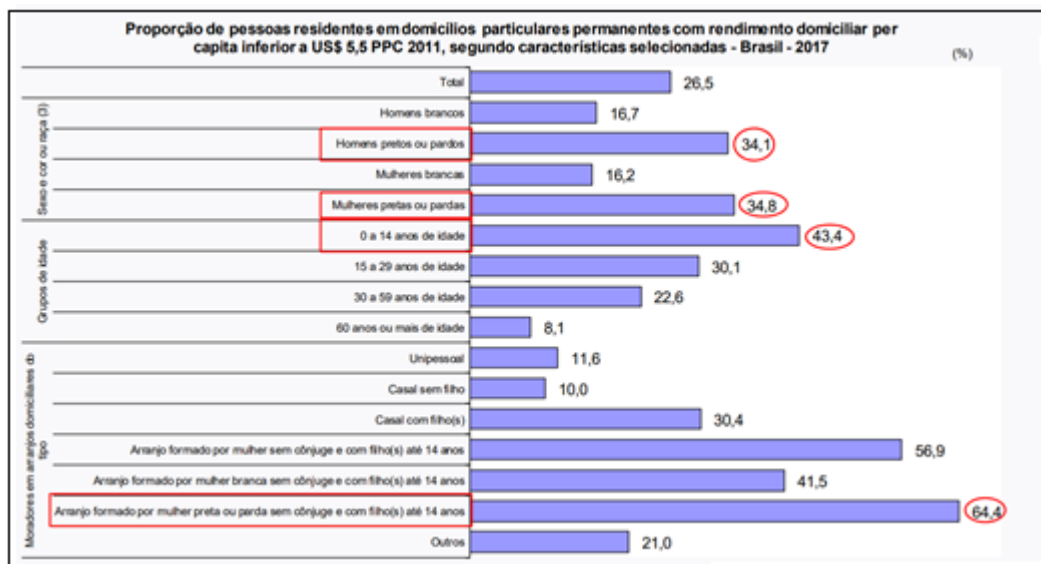
Figura 1- Linha de pobreza monetária, 2018



Fonte: IBGE, Síntese de indicadores sociais, 2018.

Um estudo a respeito de indicadores sociais feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstra dados que representam a desigualdade socioeconômica em diferentes regiões do país sob ótica do índice de Palma, onde a renda total apropriada por 10% da população com mais rendimentos era 3,5 vezes maior que o total apropriado pelos 40% com menores rendimentos, onde os maiores índices de rendimento real efetivo tinham os extremos no Distrito Federal, Bahia e Santa Catarina. Quando relacionados as características da população que se encontram na linha de pobreza, representada por 26,5% da população em 2017, os dados apontam para os seguintes arranjos mais preocupantes: Arranjo formado por mulher preta ou parda sem cônjuge e com filho(s) de até 14 anos, de 0 a 14 anos de idade, mulheres pretas ou pardas e homens pretos ou pardos (IBGE, 2018).

Gráfico 1 -Linhas de pobreza monetária e características da população, 2018

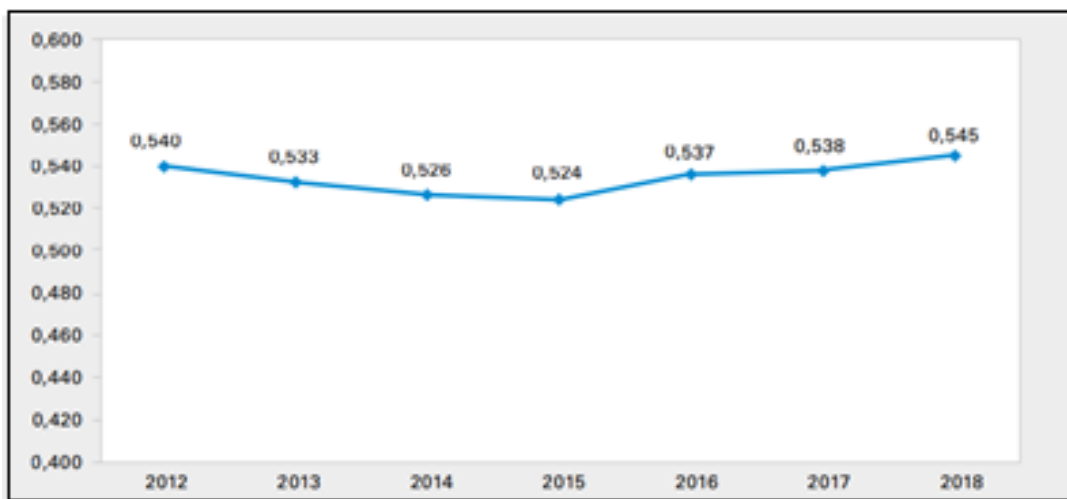


Fonte: IBGE, Síntese de indicadores sociais, 2018.

Em um estudo feito também pelo IBGE no período de 2012 a 2018, tanto o índice de palma quanto o índice de Gini apresentaram resultados similares, onde existe uma trajetória de queda entre 2012 e 2015, nota se uma redução da desigualdade, que retoma o crescimento no período seguinte, onde em 2018 os índices apresentam os maiores valores para a serie analisada. Define-se como principal fator para o aumento desta

razão de desigualdade o aumento da renda da parcela da população com maiores rendimentos e a diminuição da renda da parcela da população com menos rendimentos. Separados por região, os índices apresentam como maior enfoque de desigualdade de distribuição de rendimento mensal domiciliar per capita as regiões do norte, nordeste e sudeste (IBGE, 2018).

Gráfico 2 - Índices de Gini da distribuição do rendimento domiciliar, 2012 - 2018 (per capita)



Fonte: IBGE, Síntese de indicadores sociais, 2018.

As disparidades socioeconômicas sempre carregaram em si um contexto histórico da organização social, onde grupos de cor ou raça são um fator marcante em qualquer análise social. Na análise de 2018 apenas 16,4% da população branca estava entre os 10% com maiores rendimentos, apenas 5,0 % da população preta ou parda encontrava-se nessa mesma classe de rendimentos em 2018 e essa relação se deu no inverso da mesma forma para a população com menores rendimentos, sendo destes 13,5% pretos ou pardos e somente 5,5% da população branca. O rendimento médio domiciliar per capita apresentou ainda em 2018 que as pessoas de cor preta ou parda tiveram um rendimento médio que foi aproximadamente metade do recebido pelos brancos (IBGE, 2018).

Em 2018 havia 25,3% da população abaixo da linha de pobreza que corresponde a R\$ 420 mensais per capita, valor que não chega a ser metade do salário-mínimo vigente na época. Essa proporção representava 52,5 milhões de brasileiros, sendo 47%

destes residentes da Região Nordeste do país. O Maranhão foi o estado que apresentou maior número de pessoas abaixo das linhas de pobreza e extrema pobreza alcançando a marca de 53% enquanto Santa Catarina se mostrou o estado com a menor proporção de desigualdade com percentual de 8% da população em situação de pobreza. Todos os estados da região norte e nordeste apresentaram indicadores de pobreza acima da média (IBGE, 2018).

Separando por perfis populacionais, 42,3% das crianças encontravam-se abaixo da linha de pobreza, pessoas de cor ou raça preta ou parda a proporção era de 32,9% frente a 15,4% de pessoas de cor ou raça branca, para os formados por responsável sem cônjuge e com filho(s) de até 14 anos a proporção era de 54% subindo para 63% quando se trata de mulher preta ou parda como responsável (IBGE, 2018).

Isso mostra a tendência de alguns grupos a serem mais afetados que outros pela pobreza, sendo mais propensos a possuir rendimentos abaixo da linha de pobreza. Além da renda, a moradia também é um fator de peso na análise socioeconômica no que se diz respeito a bem estar social sendo este um direito garantido por constituição. Sendo ambos correlacionados uma vez que a qualidade de moradia esta quase que em sua totalidade ligada ao nível de renda familiar.

Grande parte da população ainda vive em condições em que a moradia apresenta inadequações que representam restrições ao direito de moradia. Em 2018 12,8% da população brasileira residia em condições de pelo menos uma inadequação domiciliar o que representa 26,6 milhões de pessoas. A respeito do saneamento básico, 37,2% da população brasileira não tinha acesso a pelo menos um dos serviços de saneamento básico, sendo eles: abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede coletora e coleta domiciliar (direta ou indireta) de lixo. Da população abaixo da linha de pobreza 58% se encontravam nesta situação. A Região norte e nordeste apresentaram os piores resultados (IBGE, 2018)

Esses dois enfoques, em renda e moradia refletem, em dois pontos, consequências diretas com o bem estar e saúde populacional, sendo a renda responsável por restringir o acesso a saúde a pesar da assistência a saúde ser gratuita,

os custos de transporte e medicamentos não se incluem, alguns medicamentos a pesar de gratuitos são escassos.

Os perfis sociais dos diferentes grupos têm relação direta com as proporções nas quais são afetadas. Boa parte da população ainda encontra-se em situação de pobreza ou extrema pobreza.

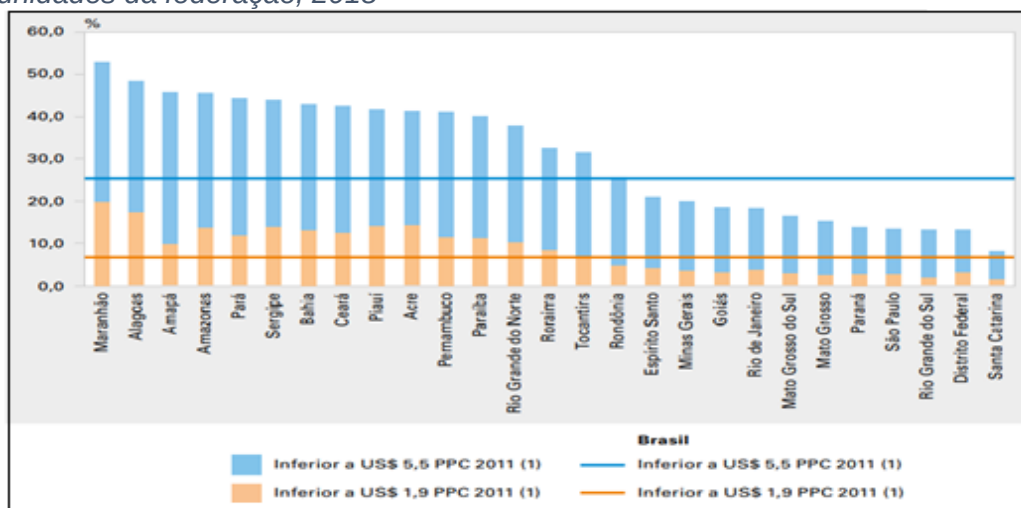
2.2 Desigualdades em Saúde

As desigualdades sociais se convertem em desigualdades em saúde uma vez que o indivíduo com menos poder econômico e exposto a situações de risco seja por moradia ou por falta de informação causadas pelas construções sociais influenciam na limitação do acesso e falta de assistência estrutural.

Os dados apontam que as regiões norte e nordeste apresentam os menores indicadores de recursos em saúde disponíveis frente às outras regiões do país, sendo estas como já explicitado no capítulo anterior as mais carentes do ponto de vista socioeconômico.

O Gráfico 3 representa melhor a proporção da pobreza e como esta se faz presente para as capitais dos estados brasileiros, é possível notar que todos os estados das regiões norte e nordeste apresentam porcentagem de pobreza acima da média nacional enquanto todos os demais estão abaixo. Caracterizando as regiões norte e nordeste com maiores proporções de pobreza em relação às demais regiões.

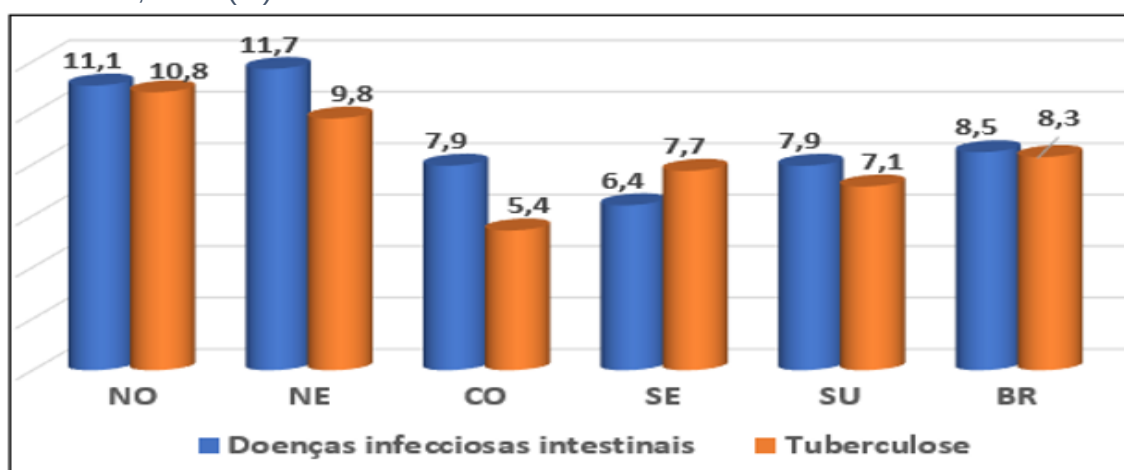
Gráfico 3 - Proporção de pessoas abaixo do índice de pobreza de acordo com as unidades da federação, 2018



Fonte: IBGE, Síntese de indicadores sociais, 2018.

Das doenças mais comumente associadas a famílias com níveis de renda abaixo da linha de pobreza se destacam enfermidades intestinais e tuberculose na taxa de mortalidade por doenças infecto contagiosas intestinais e tuberculose. No Gráfico 4 estão relacionadas tais doenças com as regiões no ano de 2019. A maior concentração constatada dessas doenças se dá pela região norte e nordeste, deixando clara então a relação da pobreza e necessidades em saúde para as regiões norte e nordeste.

Gráfico 4- Participação dos obtidos por enfermidades intestinais e tuberculose na taxa de mortalidade por doenças infecto contagiosas intestinais e tuberculose nas macrorregiões brasileiras, 2019 (%)



Fonte: DATASUS. Retirado de CASTRO et al, 2020

Pelos dados apresentados, a julgar pela caracterização das regiões norte e nordeste, os repasses e consequentemente os recursos para estas regiões deveriam ser proporcionalmente maiores em comparação as demais. Claro que os repasses não somente dependem destas duas características, contudo são as mais marcantes no que tange a necessidades nesse sentido, logo seria correto maior apoio financeiro em repasses fundo a fundo buscando cumprir os princípios e diretrizes aos quais foram desenvolvidos o SUS, reduzindo as desigualdades socioeconômicas nesse sentido a partir do caráter redistributivo. Ao se analisar os indicadores de distribuição de recursos disponibilizados pelo DATASUS observa-se que a relação na prática é inversa.

O Quadro 1 representa a proporção de distribuição de alguns recursos de acordo com as regiões. A proporção de médicos por mil habitantes na região sudeste apresenta maior valor comparada as demais, com 2,8 médicos por mil habitantes, já as regiões norte e nordeste apresentam os menores valores, sendo respectivamente 1,2 e 1,4. Em cidades com até 50 mil habitantes as regiões norte e nordeste apresentam uma desigualdade ainda mais drástica em relação as demais, sendo estes menos da metade dos demais, com os respectivos valores de 0,25 e 0,19. Também 70% dos médicos presentes nas regiões norte e nordeste se encontram nas capitais, o que dificulta o acesso a saúde da população presente no interior destas regiões que normalmente são justamente os que tem maiores necessidades em saúde devido a precariedade em moradia e do seu perfil socioeconômico, a pesar de no centro oeste este índice ser maior, o total de médicos por mil habitantes chega a ser quase duas vezes maior para ambas as regiões norte e nordeste, e o perfil socioeconômico desta região apresenta menor índice de pobreza comparado as outras duas. A proporção de UTI's são menores também para as regiões norte e nordeste com 0,20 e 0,21 UTI's por mil habitantes respectivamente, sendo o maior valor para a região sudeste. Por fim os leitos não apresentam significativa disparidade entre as regiões ainda com menores valores para a região norte e nordeste, porém não tão significativos, sendo a maior diferença entre as regiões norte e sul de 0,5 leitos por mil habitantes.

Quadro 1 - Disponibilidade de médicos e recursos por macrorregião, 2018 (por mil habitantes*)

Região	Médicos			UTI	Leitos	Equipamentos de Manutenção da Vida
	Total	Em cidades até 50 mil hab.	% na Capital			
Norte	1,2	0,25	71,9	0,20	1,1	2,0
Nordeste	1,4	0,19	70,1	0,21	1,2	2,3
Sudeste	2,8	0,86	48,4	0,33	1,3	4,5
Sul	2,3	1,14	42,2	0,28	1,6	3,8
Centro-Oeste	2,4	0,92	74,9	0,30	1,4	3,5

Fonte: DATASUS e Demografia Médica no Brasil (2018). Retirado de CASTRO et al, 2020

*Com exceção do percentual total de médicos na capital.

Já o Quadro 2 apresenta alguns indicadores de saúde e seus coeficientes de variação para o país e suas respectivas regiões. A taxa de mortalidade infantil apresenta maior valor para a região norte com 15,3 indicando maior ocorrência de mortalidades infantis para a região e menor valor para a região sul com 9,9. Para a expectativa de vida ao nascer apresenta menor valor para a região norte e nordeste com valores 72,7 e 73,6 respectivamente abaixo da média do país de 76,3 e maior valor para a região sul de 78,4. Os partos por mil adolescentes apresentam valor maior para a região nordeste, norte e centro-oeste com respectivos valores de 0,30, 0,25 e 0,25 sendo a região norte a única que apresenta disparidade considerável em relação aos demais.

Quadro 2 - Valor e coeficiente de variação de variáveis selecionadas de saúde do Brasil e por Macrorregião (2018)

	Tx Mortalidade Infantil		Expectativa de Vida ao Nascer		Partos por mil Adolescentes (de 10 a 19 anos)	
	Valor	CV*	Valor	CV*	Valor	CV*
Brasil	12,2	20,6	76,3	3,4	0,23	29,5
Norte	15,3	16,4	72,7	1,8	0,30	36,7
Nordeste	13,5	14,4	73,6	2,0	0,25	13,8
Sudeste	11,2	8,6	78,0	1,2	0,21	16,2
Sul	9,9	4,1	78,4	1,3	0,22	3,7
Centro-Oeste	11,8	8,6	75,6	2,5	0,25	18,2

Fonte: DATASUS. Retirado de CASTRO et al, 2020

Nota-se que na maioria dos aspectos as regiões norte e nordeste apresentam indicadores mais preocupantes para o que pode se considerar necessidades em saúde

e também no que se diz respeito ao perfil socioeconômico destas regiões ao mesmo tempo os recursos se apresentam mais escassos e mal alocados para estas mesmas regiões. E as regiões que se sobressaem na maioria dos aspectos socioeconômicos e de necessidades em saúde são as regiões sul e sudeste.

Tendo em vista que as regiões mais necessitadas de assistência e recursos disponíveis são as que proporcionalmente menos dispõem de tais recursos é questionável a fundamentação e o objetivo da assistência à saúde, pois esta descumpra seus princípios e diretrizes ao ponto em que os mais necessitados são os que menos recebem.

A julgar pelos critérios presentes no art. 35 da lei 8080/1990 e no art. 17 da lei complementar 141/2020, nos quais deveriam se pautar os repasses às regiões, as regiões norte e nordeste deveriam apresentar maior abundância de recursos, levando em consideração nem que em proporções não tão grandes de recursos disponíveis em saúde, porém o que se observa segundo os dados divulgados pelo DATASUS é que na realidade essas regiões apresentam recursos em menor proporção em relação às demais, as que predominam de maior proporção de recursos são as regiões sul e sudeste, sendo a região sul a que apresenta menor índice de pobreza. Vemos aqui que a relação que a priori deveria diminuir as desigualdades socioeconômicas por meio de uma assistência de caráter redistributivo, se torna inversa.

3 TRANSFERÊNCIAS DO SUS E DESIGUALDADES

É claro do ponto de vista legislativo e dadas as diretrizes e princípios do SUS que as transferências fundo a fundo devem seguir a lógica de proporcionar a diminuição das desigualdades socioeconômicas e proporcionar atendimento de forma equitativa e universal proporcionalmente as necessidades seguindo os critérios necessários para medir a proporção das necessidades e assim atender ao caráter redistributivo ao qual teoricamente deveria se cumprir.

Reguladas no artigo 18 e 22 da Lei Complementar n 141, as transferências devem se pautar nos critérios de necessidades de saúde da população, dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de arrecadação.

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos artigos 18 e 22 aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as **necessidades de saúde da população**, as dimensões epidemiológica, **demográfica, socioeconômica**, espacial e de **capacidade de oferta de ações e serviços de saúde** e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2012, grifo nosso).

Com o objetivo de averiguar se os repasses fundo a fundo do SUS para os estados e municípios se realizam efetivamente a partir de critérios redistributivos, a análise para constatação da hipótese foi pautada em definir um índice de correlação fazendo uso dos Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis por meio de gráficos de dispersão com linha de tendência, buscando verificar como é a relação da proporção dos repasses de acordo com os critérios selecionados.

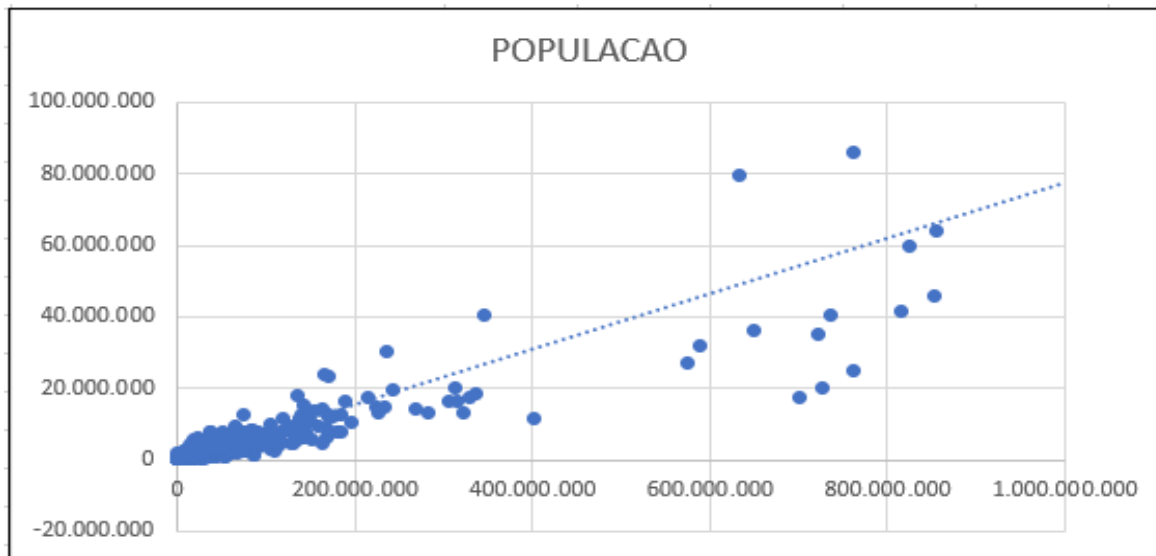
Os coeficientes de Pearson são usados para medir o grau de correlação linear entre duas variáveis quantitativas, refletindo a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados. Podendo assumir valores entre -1 e 1 onde: 1 significa uma correlação perfeita entre as variáveis; 0 significa que a correlação entre as variáveis é inexistente, ou seja, não dependem linearmente uma da outra; -1 significa perfeita relação inversamente proporcional entre as duas variáveis.

Utilizando os valores dos repasses por município como variável dependente e para as independentes dados populacionais quantitativos como dimensões demográficas, Mortalidade Infantil como uma variável proxy tendo essa uma relação próxima com a variável de interesse que seriam as necessidades em saúde, o PIB variável proxy tendo essa uma relação próxima com a variável de interesse que seria o perfil socioeconômico dos municípios e por fim a Receita Tributária representando a capacidade de arrecadação de recursos próprios dos municípios.

Relacionados os repasses com cada variável separadamente, identificou-se a correlação que a proporção de repasses tem em cada município de acordo com as características que assumem dada cada variável citada.

O *Gráfico 5* representa a relação que tem os repasses de acordo com a população ou o volume desta de acordo com os municípios, ou seja, qual a proporção que os repasses assumem de acordo com a quantidade populacional, sendo os municípios representados pelos pontos cardeais. Nota-se que a dispersão é pequena devido a proximidade e o comportamento dos pontos cardeais que seguem a linha de tendência de acordo com sua inclinação. A inclinação da reta de forma ascendente representa a correlação positiva existente entre repasses e a condição demográfica abrangendo a lei e cumprindo um dos critérios de base para os repasses que são as dimensões demográficas, ou seja, quanto maior a população, maior a proporção dos repasses, configurando uma relação diretamente proporcional entre as variáveis.

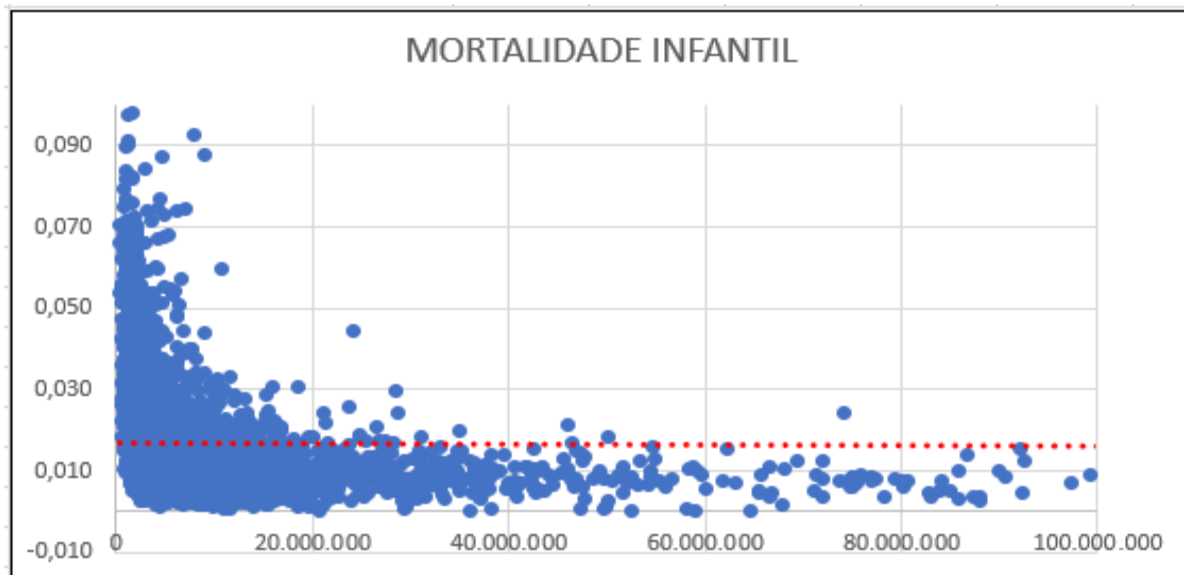
Gráfico 5 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e população dos municípios brasileiros (2018)



Fonte: DATASUS; IBGE. Elaboração própria

O Gráfico 6 expressa a correlação existente da receita em relação a proxy definida para representar as necessidades em saúde que são as necessidades em saúde. Nessa representação é possível constatar um grau maior de dispersão dos pares ordenados em relação a linha de tendência, o comportamento dos pontos cardiais não acompanha o da linha de tendência. E ainda o grau de inclinação da linha que é expressa de forma decrescente quase reta indicando uma correlação levemente negativa entre as variáveis. Neste caso a relação expressa que ocorre um leve aumento dos repasses a medida que diminui se diminui a mortalidade infantil, porém a correlação é expressa em proporções quase nulas ao se analisar o grau de inclinação da linha de tendência, portanto é correto afirmar que a correlação é muito próxima de zero e os repasses não cumprem o previsto em lei de que estes deveriam se pautar também nas necessidades em saúde dos municípios e a relação deveria se apresentar de forma positiva, ou seja, repasses maiores para municípios que apresentam maiores índices de mortalidade infantil.

Gráfico 6 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e índice de mortalidade infantil* dos municípios brasileiros (2018)

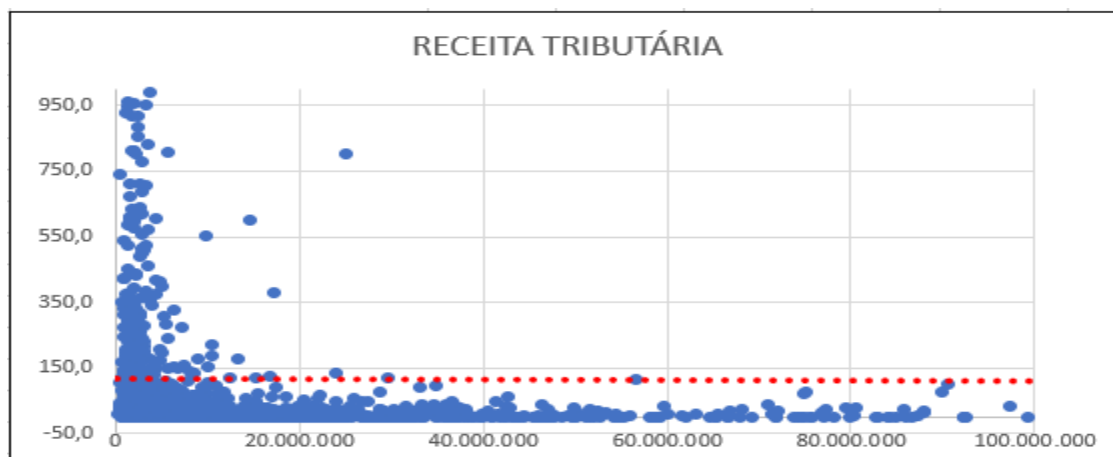


Fonte: DATASUS. Elaboração própria.

*Óbitos infantis por mil habitantes.

No Gráfico 7 representa a correlação entre os repasses e a capacidade de arrecadação dos municípios representada por sua receita tributária. Neste também é notável um alto grau de dispersão dos pontos em relação a linha de tendência, e também a linha se mostra levemente inclinada de forma decrescente, indicando uma pequena relação inversamente proporcional, ou seja, quanto menor a receita tributária dos municípios maior é a proporção dos repasses porém em valores irrisórios em dimensões quase desprezíveis, demonstrando assim a ineficiência da capacidade da forma de repasses do cumprimento do critério redistributivo no propósito de suprir aqueles municípios com menor capacidade de oferta de ações e serviços de saúde que se baseia na capacidade de arrecadação e consequentemente financiamento próprio da disponibilização de serviços em saúde.

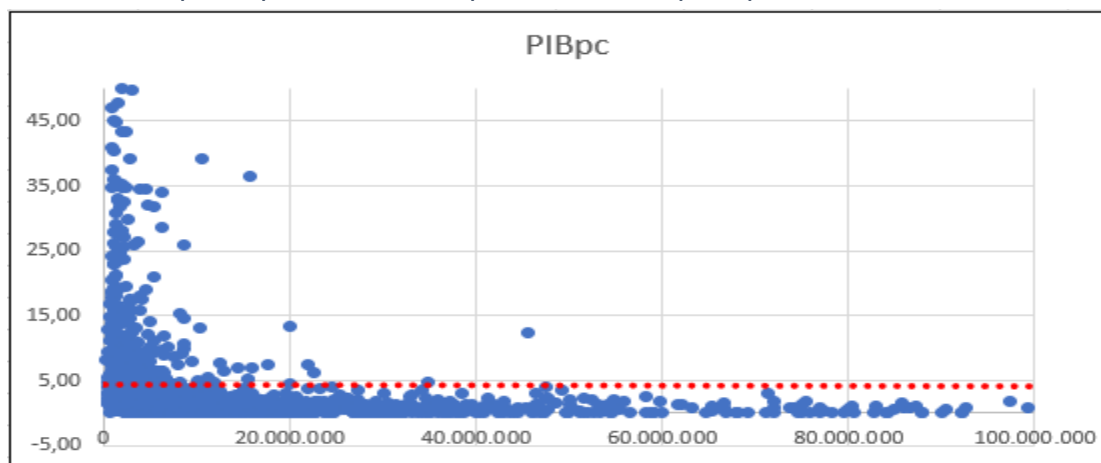
Gráfico 7 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS e receita tributária dos municípios brasileiros (2018)



Fonte: DATASUS; IPEADATA. Elaboração própria

Por fim, o Gráfico 8 representa a correlação dos repasses em relação ao PIB que é a variável proxy utilizada para representar o perfil socioeconômico dos municípios. Nele expressa, assim como nos outros dois anteriores, maior dispersão dos pontos comparado ao primeiro gráfico e da mesma forma os pontos não acompanham a linha de tendência. A linha novamente se mostra levemente inclinada de forma decrescente expressando uma leve relação inversamente proporcional, a inclinação de forma praticamente nula expressa uma correlação quase inexistente o que configura falha no cumprimento da lei onde se diz que os repasses devem se pautar no critério socioeconômico da população dos municípios.

Gráfico 8 - Gráfico de dispersão e linha de tendência da relação entre repasses do SUS o PIB per capita* dos municípios brasileiros (2018)



Fonte: DATASUS; IPEADATA. Elaboração própria

No quadro 3 está relacionado os valores do coeficiente de Pearson para as quatro relações representadas nos gráficos acima:

Gráfico 9 -Coeficientes de Pearson da relação entre os repasses do SUS e variáveis selecionadas dos municípios brasileiros (2018)

VARIÁVEIS	R
População	0,95
Óbitos Infantil por mil habitantes	-0,09
PIB per capita*	-0,01
Receita Tributária per capita	-0,01

Fonte: IBGE, IPEADATA, DATASUS. Elaboração própria.

*dado de 2017

Analisando os coeficientes o resultado é o mesmo, a relação das variáveis fica mais visível e mensurável. A começar pela população, o coeficiente é bastante próximo de 1, o que indica uma correlação quase que perfeita entre as duas variáveis, ou seja, a variação dos repasses é quase que proporcional a variação da quantidade populacional, já para as três demais variáveis esse índice apresenta valor negativo e bem próximos de 0, valor insignificante quando comparados a população e ainda apresenta sinal negativo para os óbitos infantis onde deveria ser positivo, porém, de qualquer forma o valor quase que insignificante dos indicadores relacionados as necessidades em saúde, ao perfil socioeconômico e a capacidade de arrecadação dos municípios indica uma correlação quase que inexistente destas variáveis com os repasses, demonstrando que os repasses só apresentam correlação efetiva de acordo com as dimensões demográficas dos municípios.

Grande motivo para a deficiência no cumprimento das normas regulamentadoras para os repasses era a grande complexidade no entendimento da mensuração dos indicadores nos quais se pautam os repasses de acordo com o art. 35 da lei 8080/1990 e posteriormente no art. 17 da LC 141/2012. Ao se preservar o art. 35 criou-se um acúmulo excessivo de critérios que resultaram em redundância e ambiguidade.

As necessidades em saúde adicionada pela LC foram de grande avanço e a priori de grande utilidade para a redução das desigualdades regionais, mas falha na falta de especificação e clareza do que deveriam ser as necessidades em saúde e como mensurar exatamente, deixando muito amplo e muito complexo o conceito a ser utilizado. A LC em 2012 trouxe seis critérios de rateio que se somam aos oito já existentes, no total de quatorze critérios, não se resolvendo o problema da objetividade já presente no art. 35. Nesse sentido a LC não se mostrou resolutiva e tornou a compreensão das normas de rateio ainda mais complexa.

Conclui-se então que os repasses não cumprem o previsto na LC n 141/2012 passados anos após sua publicação, ainda após a constatação da ineficiência do critério per capita que de forma alguma cumpre com o princípio de equidade e falha na diminuição das desigualdades socioeconômicos por não se pautar no caráter redistributivo previsto por constituição, quase em sua totalidade os repasses se baseiam no critério per capita. De todas as formas, os municípios mais necessitados detêm de menos recursos e não recebem o devido apoio por meio dos repasses fundo a fundo. Apesar de a contribuição da LC não ter sido totalmente em vão, as transferências ainda se pautam no critério per capita o que reflete a falta de resolutividade que anula de certa forma sua contribuição por não se refletir na execução dos repasses que ainda se mantem da mesma forma anterior até mesmo ao surgimento da lei 8080 sendo a legislação totalmente insuficiente para suprir a necessidade individual de cada região de acordo com os princípios e diretrizes da assistência a saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL FILHO, Jair. O Quadrilátero do Federalismo: Uma Contribuição para a Compreensão do Federalismo Imperfeito no Brasil. *Revista Econômica do Nordeste*, Fortaleza, v. 30, n. Especial p.876-895, dezembro 1999.

BRASIL. Constituição de 1988. Senado Federal, Normas jurídicas em texto integral, Brasil. Disponível em <<http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoafederalde88.pdf>> . Acesso em 23/10/2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CASTRO S. D; LASTRES H.M.M.; APOLINÁRIO V., MATOS, M. Desigualdades regionais e desigualdades em saúde no Brasil. Texto para Discussão RedeSist. Rio de Janeiro, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira IBGE. Rio de Janeiro : IBGE, 2018. 151 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOB - SUS 1996 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. MS, Brasília, janeiro, 1997.

para o setor de saúde no Brasil. *Estudos de Economia, São Paulo*, vol.45, n.1, p. 33-63, jan.-mar. 2015

PIOLA, S. 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*. Textos para Discussão 2298. IPEA, Brasília, abril 2017.

SIMÃO J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências *Estudos de Economia, São Paulo*, vol.45, n.1, p. 33-63, jan.-mar. 2015.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE GESTÃO E NEGÓCIOS
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
MONOGRAFIAII: *ACEITE DO ORIENTADOR*

Goiânia, 30 de novembro de 2020.

ALUNO: WILLIAN TAVARES DUARTE
MATRÍCULA: 2017.1.0021.0060-0
ORIENTADOR: SERGIO DUARTE DE CASTRO
TEMA: TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS E DESIGUALDADE REGIONAL

À COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Havendo acompanhado a elaboração da monografia II, com o Tema acima mencionado e tendo examinado a versão final, considero satisfatório o trabalho monográfico e julgo por bem encaminhá-lo à *Banca Examinadora*.

Orientei o (a) aluno (a) Willian Tavares Duarte, para que inclua este *ACEITE* no exemplar final a ser enviado à Coordenação do Curso de Ciências Econômicas, no formato digital, conforme normas da ABNT, para realização de Trabalhos de Final de Cursos.

O exemplar definitivo deverá conter na capa, os dizeres da folha de rosto e, na lombada, o título da monografia e o último sobrenome do autor.

Caso não sejam cumpridas essas e outras exigências institucionais, solicito que a Coordenação do Curso de Ciências Econômicas/Coordenação de Monografia notifique o (a) aluno(a) que a nota atribuída à Monografia não será considerada até que satisfaça essas determinações e não poderá colar grau até que as cumpram inteiramente.

Atenciosamente,



Sérgio Duarte de Castro



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL

Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário
Caixa Postal 86 | CEP 74605-010
Goiânia | Goiás | Brasil

Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080
www.pucgoias.edu.br | prodin@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Willian Tavares Duarte do Curso de Ciências Econômicas matrícula 2017100210060-0, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei nº 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **TRANSFERENCIAS DE RECURSOS DO SUS E DESIGUALDADE REGIONAL**, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 16 de Dezembro de 2020.

Assinatura do(s) autor(es): _____

Nome completo do autor: Willian Tavares Duarte

|

Assinatura do professor-orientador: _____

Nome completo do professor-orientador: Sérgio Duarte de Castro