



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
REGIONAL GOIÁS
CURSO DE DIREITO

**O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTO DA EC 95/2016
NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
MOSSÂMEDES-GO**

VIVIANE DA SILVA PIRES

CIDADE DE GOIÁS

2021



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): VIVIANE DA SILVA PIRES

Título do trabalho: O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTO DA EC 95/2016 NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES-GO

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concordo com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Carolina Carvalho Motta, Professor do Magistério Superior**, em 14/06/2021, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **VIVIANE DA SILVA PIRES, Discente**, em 16/06/2021, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

https://sei.ufg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=2004619&infra_sistema=1... 1/2

16/06/2021

SEI/UFG - 2131175 - Termo de Ciência e de Autorização TCCG (RI)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2131175** e o código CRC **A20F252C**.

VIVIANE DA SILVA PIRES

**O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTO DA EC 95/2016
NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
MOSSÂMEDES-GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal de Goiás– Regional Cidade de Goiás, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Doutora Maria Carolina Carvalho Motta.

CIDADE DE GOIÁS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Pires, Viviane da Silva

O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTO DA EC 95/2016 NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES-GO [manuscrito] / Viviane da Silva Pires. - 2021.

LXXIII, 73 f.

Orientador: Prof. Maria Carolina Carvalho Motta.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, Direito, Cidade de Goiás, 2021.

Inclui siglas, gráfico.

1. Direito Financeiro. 2. SUS. 3. Financiamento da Saúde Pública. 4. Atenção Básica. 5. Mossâmedes. I. Motta, Maria Carolina Carvalho, orient. II. Título.

CDU 34



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) onze dia(s) do mês de junho do ano de 2021 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado "O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTO DA EC 95/2016 NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDESGO", de autoria de VIVIANE DA SILVA PIRES, do curso de Direito, do(a) UAECSA do Campus da Cidade de Goiás da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Dra. Maria Carolina Carvalho Motta do Curso de Direito da UAECSA do Campus da Cidade de Goiás -UFG com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Dra. Fernanda de Paula Ferreira Moi e Vítor Sousa Freitas, ambos da UAECSA do Campus Cidade de Goiás - UFG . Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora considerou o TCC aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Carolina Carvalho Motta, Professor do Magistério Superior**, em 14/06/2021, às 14:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda De Paula Ferreira Moi, Professor do Magistério Superior**, em 14/06/2021, às 15:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vitor Sousa Freitas, Professor do Magistério Superior**, em 16/06/2021, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2131113** e o código CRC **1329CA1C**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade concedida de ingressar na universidade e no curso que sempre sonhei, a Universidade Federal de Goiás (UFG) no Curso de Direito. Gostaria de agradecer também a meus pais, Fernanda Helena e Adão Célio, que me apoiaram ao longo desses quatro anos de curso e sempre me incentivaram.

Além disso, quero externar minha gratidão aos meus amigos que estiveram comigo durante todo esse período e me ajudaram durante as fases ruins e estiveram nos momentos felizes, em especial a Beatriz Neves, Odaleska Rodrigues, Christian Henrique, Wasther Royther, Wallyson Nogueira, Nathalia Lemes, Thiago Cabaline, Paula Franco e Larissa Batista.

Agradeço também aos servidores da Promotoria de Justiça- Comarca de Mossâmedes pela compreensão nesses últimos dias de elaboração do trabalho, os quais foram solícitos e me apoiaram, e também por todo ensinamento passado durante o estágio.

Deixo aqui meus agradecimentos a todo corpo docente da UFG, Regional Goiás que possibilitaram essa evolução para além das paredes da universidade sendo uma transformação pessoal.

Por fim, quero deixar meu reconhecimento à professora Dra. Maria Carolina que realizou a orientação desse trabalho com paciência e dedicação. E deixou meus sinceros agradecimentos a banca examinadora que aceitaram o convite

“Porém, há outra maneira de arruinar uma democracia. É menos dramática, mas igualmente destrutiva. Democracias podem morrer não nas mãos de generais, mas de líderes eleitos – presidentes ou primeiros-ministros que subvertem o próprio processo que os levou ao poder.”

Steven Levitsky e Daniel Ziblatt

RESUMO

O presente trabalho busca pela teoria da justiça de Amartya Sen primeiro entender a ideia justiça social e desenvolvimento humano que é avaliado por meio da saúde, educação, renda e contexto social. Sendo a saúde um dos aspectos que contribui para a avaliação envolvendo o desenvolvimento humano de um determinado país que é medido pelo IDH. O trabalho vai focar nela e mostrará por meio de pesquisas bibliográficas a ideia de saúde no cenário internacional, e posteriormente nacional, onde a saúde é definida como um direito de todos e dever do estado, a qual se concretiza no Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado na integralidade, equidade e descentralização, tornou-se referência mundial com destaque na Organização Mundial de Saúde. E será evidenciado através da coleta de dados as mudanças trazidas pela Emenda Constitucional 95 que provocaram o maior retrocesso da história do SUS. Tudo isso focado na Política Nacional de Atenção Básica que promove o contato direto com as famílias, por um atendimento pautado pela equidade, ética e dignidade da pessoa humana, com diversas ações, estratégias e programas voltadas para a saúde da família, que sofre mudanças pela Portaria n. 2979/2019 que alterou a infraestrutura do financiamento da saúde. Os municípios são os principais atingidos pelas mudanças provocadas pela EC 95/2016 e pelo novo modelo da Atenção Básica, por meio da análise de dados coletados da cidade de Mossâmedes localizada no interior do estado de Goiás serão analisadas as reduções e prejuízos causados pela política de contingenciamento.

PALAVRAS-CHAVE: Direito Financeiro, SUS, Financiamento da Saúde Pública, Atenção Básica, Mossâmedes.

ABSTRACT

The present work in search of Armatya's theory of justice If you first understand the idea of social justice and human development, it is evaluated through health, education, income and social context. Being healthy is one of the aspects that contributes to an assessment involving the human development of a given country that is measured by the HDI. The work will focus on it and show, through bibliographic research, the idea of health in the international, and subsequently national, where health is defined as a right of all and a duty of the state, which is materialized in the Unified Health System (SUS) . Based on integrality, equity and decentralization, it has become a world reference with prominence in the World Health Organization. And it will be evidenced through data collection as changes brought about by Constitutional Amendment 95 that caused the biggest setback in the history of SUS. All of this focused on the National Primary Care Policy that promotes direct contact with families, through a service based on equity, ethics and dignity of the human person, with several actions, strategies and programs aimed at family health, which underwent changes by the Ordinance. n 2979/2019 that changed the health financing infrastructure. The municipalities are the main ones affected by the changes caused by EC 95/2016 and by the new model of Primary Care, through the analysis of collected data from the city of Mossâmedes located in the interior of the state of Goiás, they will be eliminated as reductions and losses caused by contingency policy.

KEYWORDS: Financial Law, SUS, Public Health Financing, Primary Care, Mossâmedes.

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 01	Composição da Receita com Deduções em 2016.....	57
Gráfico 02	Evolução Índice de Saúde ano de 2017.....	57
Gráfico 03	Repasse do Fundo Nacional de Saúde para Atenção Básica ano de 2016.....	58
Gráfico 04	Repasse do Fundo Nacional de Saúde para Atenção Básica ano de 2017.....	59
Gráfico 05	Evolução Índice de Saúde ano de 2018 e 2019.....	60
Gráfico 06	Evolução Índice de Saúde ano de 2018 a 2020.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica
ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CIT: Comissões Intergestores Tripartite
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS: Cadastro Nacional de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC: Emenda Constitucional
eSF: equipe Saúde Família
ESF: Estratégia Saúde da Família
DSNP: Departamento Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal
NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB: Normas Operacionais Básicas
OMS: Organização Mundial de Saúde
PAB: Piso da Atenção Básica
PEC: Proposta de Emenda Constitucional
PNAB: Plano Nacional da Atenção Básica
PNI: Programa Nacional de Imunização
SAPS: Secretaria de Atenção Primária de Saúde
SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
STF: Superior Tribunal Federal
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	18
1.1	Saúde Coletiva.....	19
1.1.1	Organização Mundial da Saúde.....	22
1.1.2	Sistema Único de Saúde.....	25
1.2	Desenvolvimento Humano e a Teoria da Justiça de Armathya Sen.....	30
1.3	Equidade e financiamento público da saúde coletiva.....	33
2	POLÍTICA DE ATENDIMENTO BÁSICO NO BRASIL: SUS E FINANCIAMENTO.....	36
2.1	Política de Atendimento Básico no Brasil.....	38
2.2	Políticas Públicas de saúde e o federalismo brasileiro.....	42
2.2.1	Saúde e Pacto Federativo.....	45
2.2.2	Federalismo Fiscal e Financiamento de Saúde.....	48
2.3	Impactos da política de contingenciamento e da pandemia da Covid-19.....	49
3	A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES.....	53
3.1	O financiamento da saúde pública em Mossâmedes antes da Emenda Constitucional 95/2016.....	55
3.2	O financiamento da saúde após a Emenda Constitucional 95/2016 e na pandemia da covid-19.....	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	70

INTRODUÇÃO

O economista Amartya Sen defende que para avaliar se uma sociedade é justa seria preciso ir além de acesso a bens e renda. Para ele é necessário compreender primeiro, o que é justiça social? sendo essa uma concepção ligada a igualdade em determinado espaço. Além disso, os problemas ligados à justiça existente não se restringem a arranjos institucionais, pois é necessário compreender os comportamentos adotados pelas pessoas em suas interações sociais para cumprir essa justiça, o que o indivíduo faz quando tem efetivo poder em sua mão. As injustiças recorrentes nas sociedades são provocadas pela forma estrutural das políticas, que são administradas por pessoas que não as regulam de forma a garantir segurança social e equidade.

O desenvolvimento humano é o caminho para atingir a liberdade, porém para isso ocorrer é necessário investir em áreas básicas como educação e saúde. Somente com conhecimento e uma qualidade de vida, o ser humano poderá percorrer seus objetivos. Pensando nisso, foi desenvolvido o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que teve Amartya Sen como um dos protagonistas e deu forma a sua teoria, pois passou-se a avaliar a qualidade de vida, renda, escolaridade e fatores ligados à economia e meio-social, assim é possível conhecer mais sobre a realidade daquele determinado local.

A saúde é um dos fatores importantes para medir o IDH, pois por meio dela é possível promover o bem-estar e qualidade de vida do ser humano. A Organização Mundial de Saúde define a saúde justamente como esse completo estado de bem-estar, para além da cura de doenças é preciso observar diversos fatos, como moradia, alimentação, saneamento básico todos contribuem diretamente para a saúde do indivíduo e sua qualidade de vida.

No Brasil a concretização da saúde pública ocorreu pela luta do movimento sanitaria durante o período de redemocratização que resultou na saúde como um direito e uma garantia fundamental, conforme evidenciado no título II, da Constituição Federal, que teve como consequência a criação do Sistema Único de Saúde, que é integralizado, descentralizado e regionalizado que busca a promoção da saúde de forma universal.

A saúde é de interesse público sendo definida na Constituição Federal Brasileira no artigo 196 como um direito de todos e dever do estado que deve ser garantido mediante políticas sociais que visem ações e serviços para promoção, proteção e recuperação desta. Assim, saúde é um direito social que deve ser garantida por meio de políticas públicas, além disso deve ser pautado por princípios e diretrizes, como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular.

O SUS é um sistema baseado na descentralização para que as responsabilidades da saúde pública seja distribuída para os três entes federativos, União, estados e municípios. Sendo possível executar de forma célere e com qualidade as ações planejadas. Assim, na saúde pública atua-se de forma integrada, porém observando as peculiaridades de cada local

Os serviços de saúde e políticas públicas para serem prestados devem se adequar no modelo do federalismo cooperativo, assim unem forças e recursos de todos os entes federativos para exercerem suas estratégias, ações e políticas. Ademais, saúde é competência comum entre os entes federados, que é definida pela Constituição Federal brasileira no artigo 23.

A União, estados e os municípios, possuem autonomia diante da tomada de decisões ligadas à saúde, porém é importante a cooperação entre as três esferas de governo. O Governo Federal merece atenção especial, pois deve garantir a uniformização das ações adotadas, assim estados e municípios devem seguir uma orientação a nível nacional adaptando para as suas dificuldades regionais, para existir uma organização das políticas públicas, destaque para as ligadas à saúde.

As políticas, programas, ações, estratégias são desenvolvidas dentro do SUS para promover o direito à saúde de todos pelo Estado. Todavia uma dessas políticas é a Atenção Básica, por meio dela é feito o contato direto com a população através do atendimento às famílias de cada localidade, onde as equipes realizam os atendimentos e ações.

Essa área sofreu uma perda enorme devido a Emenda Constitucional 95 que provocou o congelamento de recursos públicos, e Portaria n. 2979/2019 que mudou a Atenção Básica. Quando a saúde é afetada todos os cidadãos são afetados. É por meio de ações coordenadas que é possível promover melhor qualidade e aumentar a expectativa de vida das pessoas.

A Atenção Básica busca o contato direto com as famílias, com programas em parcerias com escolas, Unidades Básicas de Saúde nos bairros, equipes de endemias e agentes comunitários realizando visitas a população, programas ligados a família como Estratégia Saúde de Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, além de vacinação da população contra diversos tipos de doenças, e remédios fornecidos pelo programa farmácia popular.

É a nível municipal que a Atenção Básica ganha forma, pois é neles que o contato direto com a sociedade é concretizado. Por isso, é importante entender como o financiamento da saúde nos municípios após tantas mudanças na Atenção Primária afetou suas realidades.

Balizada pela ideia de assistência médica universal, com foco na medicina preventiva, em especial no contexto social dos indivíduos traçados em pesquisas científicas.

Ademais é voltada para combate epidemias. No Brasil chama-se saúde coletiva, a qual fiscaliza e emite pareceres sobre as políticas desenvolvidas e atuação das Unidades de Saúde, possibilitando assim um retorno acerca do serviço prestado aos usuários do sistema, além das diversas pesquisas desenvolvidas.

A pandemia da Covid-19 surge no meio desse cenário de incertezas sobre as políticas sociais, como a saúde. A maior crise sanitária vivida nesse século precisa de gestão séria, firme e de atuação conjunta entre os entes federativos. Porém, não há muito apoio da União com os demais entes federados, que preferem ir contra a ciência e medidas de combate a Covid-19 recomendadas pela OMS.

Os municípios precisam adaptar seu sistema de saúde à nova realidade, o que gera gastos altíssimos com saúde para compra de equipamentos, materiais e profissionais. O contingenciamento provocou rachaduras que precisavam ser cobertas para conseguir enfrentar a crise da Covid-19.

Dessa forma, entender a realidade, sobretudo de cidades menores como Mossâmedes é fundamental para visualizar como a política de contingenciamento afeta a realidade da população. E quais as consequências provocadas pela modificação no modelo de financiamento na Política Nacional de Atenção Básica.

Assim, a proposta do presente trabalho é dividir em três âmbitos a realidade sobre a saúde. Primeiro fazer a análise por temáticas sobre direitos sociais, políticas públicas e direito financeiro, com início de um contexto macro ao compreender o surgimento da ideia de justiça social e desenvolvimento humano, por meio desse debate percebe-se a importância da saúde na promoção de qualidade de vida, sendo esse um dos fatores responsáveis por garantir o desenvolvimento humano, sendo baseado nas obras de Armatya Sen, “A Ideia de Justiça” e “Desenvolvimento como Liberdade”, para entender sobre sua teoria envolvendo a justiça social e desenvolvimento humano.

Verifica-se também a importância de organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde que possui influência na saúde de todos os países, ao avaliar o contexto internacional é possível realizar um parâmetro com o cenário nacional e com as mudanças que ocorreram ao longo da história da saúde pública, sendo necessário passar pela saúde coletiva.

Nesse contexto, é preciso analisar historicamente sobre a saúde e o Sistema Único de Saúde que surge pela luta do movimento sanitarista e se torna um sistema constitucionalizado, que possui um sistema de financiamento com competências comuns e outras divididas dentro das três esferas de governo, sendo tal levantamento histórico feito por

meio de obras de Jairnilson Paim, Nísia Trindade Lima, e nos sites das grandes instituições de saúde desse país, como a Fundação Oswaldo Cruz.

Já no segundo capítulo é analisado por meio de dados disponibilizados pelos órgãos governamentais sustentados por pesquisas bibliográficas a Atenção Básica, uma das principais políticas do SUS, que é responsável pelo primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

Desse modo, o sistema de governo brasileiro influencia diretamente na forma de financiamento e nas atividades desenvolvidas pelas políticas públicas. No Brasil existe o chamado pacto federativo, assim é preciso analisá-lo e percorrer o histórico do federalismo brasileiro, amparado por uma pesquisa bibliográfica. Entendido a divisão nacional de governo é possível entender a divisão de competência entre os entes federados, em vista disso é analisado também o federalismo fiscal que corresponde às arrecadações, gastos e investimentos de cada esfera de governo. É utilizado como base principal desse capítulo o livro “Financiamento da Saúde Pública no Brasil”, de Ricart César Coelho dos Santos.

E assim, reconhece como é feita as atribuições e como funciona a divisão de competência entre estados, municípios e União na saúde, e como ocorre o financiamento da saúde que possui valores mínimos para cada ente federado e sofreu diversas alterações ao longo dos anos que são analisadas por aparatos legislativos e documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Por fim, é feito um apanhado dos acontecimentos entre os anos de 2018 e 2019, os quais provocaram alterações que impactam diretamente a saúde pública e provocam mudanças em todo cenário nacional afetando principalmente municípios.

O terceiro capítulo é sobre o financiamento da atenção básica no município de Mossâmedes antes e após política de contingenciamento, e durante o ano de 2020 quando se inicia a pandemia da Covid-19, a qual é retratada no presente trabalho por ser um período atípico na saúde que provoca a maior crise sanitária do século XXI afetando todas as áreas do sistema de saúde pública, assim por ser um trabalho que promove uma análise de uma das políticas públicas desenvolvida dentro da atenção primária da saúde é necessário contextualizar sobre a pandemia da Covid-19.

Ademais, é realizado um levantamento de dados no Fundo Nacional de Saúde, e-Gestor para verificar os repasses feitos pelo Governo Federal ao município. Além disso, é avaliado os repasses estaduais, pelo site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

É notado uma redução de recursos após a política de contingenciamento e um cenário preocupante na pandemia de covid-19 devido a falta de estrutura da saúde. O município de Mossâmedes é uma cidade com menos de 05 mil habitantes que possui algumas dificuldades

na área de saúde, assim as alterações provocadas por essa série de mudanças nos últimos 05 anos na saúde afetam diretamente o investimento feito nessa área. A pandemia da Covid-19 modifica ainda mais a realidade dessa pequena cidade.

Além disso, é avaliado a Política de Atenção Básica pelo pequeno porte do município. Por meio de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, pesquisas e relatórios desenvolvidas sobre o município. Sendo possível realizar um contraste entre as angústias dos munícipes e a realidade dos recursos aplicados, e as dificuldades no financiamento dessa política pública devido a redução dos repasses feitos, conforme mostram os gráficos extraídos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás.

Desse modo, será exposto que a redução no financiamento da saúde pública afetou as políticas públicas desenvolvidas no sistema de saúde pública, com base na Atenção Básica tão importante para os municípios, principalmente de pequeno porte. Tal importância fica mais evidente durante a pandemia da Covid-19 quando a Atenção Básica seria essencial no combate do vírus, como o desenvolvimento e incentivo de medidas sanitárias. Afinal, é por meio dela que é realizado o primeiro contato com as famílias nas comunidades, além da disponibilização de equipes e projetos voltados para o bem-estar e monitoramento da realidade daquele local.

01- SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Resumir a saúde como ausência de doenças é limitar o verdadeiro sentido do conceito que a envolve. Ciente disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ao elaborar sua Constituição no dia 22 de julho de 1946 define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de enfermidade”.

Desta forma, para a OMS promover o acesso à saúde seria garantir que o indivíduo estivesse vivendo sua vida de forma plena. Isto posto, mesmo que o Estado não preste o serviço de saúde, deve garantir um ambiente de bem-estar da população. (SANTOS, 2016)

No Brasil, o papel de promover ações e serviços de saúde públicos é assumido pelo Estado que deve garantir, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, a promoção do direito à saúde, pois este é pleiteado dentro dos direitos e garantias fundamentais, assim como a educação, alimentação, moradia, trabalho, segurança, entre outros.

Fica evidente, que, para olhar a qualidade de vida do ser humano devemos observar a saúde em todo seu conceito e demais aspectos que vão além do crescimento econômico. Assim, o desenvolvimento humano surge como algo além da renda, pois procura observar diversos outros aspectos da vida humana, como oportunidades, capacidades, política, cultura, entre outros. (SANTOS, 2016)

Um país que há dificuldade para acessar direitos básicos como saúde e educação, os indivíduos daquele lugar tem suas oportunidades reduzidas, afinal a qualidade de vida está afetada, as pessoas têm sua saúde prejudicada, não tem acesso a escola, o índice de analfabetismo sobe, muitos optam por serviços com baixa remuneração por falta de formação acadêmica.

Assim, ao falar de desenvolvimento remete-se a qualidade vida. Afinal, entende-se que o avanço seria remover aquilo que priva a liberdade, como a pobreza, tirania, carência, negligência de serviços públicos, intolerância em estados repressivos. (SEN, 2010)

Desse modo, um país que não investe em educação, saúde, saneamento básico, políticas públicas voltadas para o acesso a moradia, redução do desemprego, é um país que restringe a liberdade de seu povo, pois encaminha esse a miséria e desigualdade socioeconômica, sem o poder de escolha sobre seu futuro, pois o acesso aos seus direitos foram privados pela omissão do Estado.

Um país que investe em educação de qualidade para os seus jovens, está preparando esses para um futuro promissor, com acesso a melhores empregos, salários, e assim uma melhor qualidade de vida. Associado a isso políticas para melhorar o sistema de saúde, promove a

erradicação de doenças, reduz a mortalidade, cria programas sociais de combate a pobreza, reduzindo a desigualdade social. Esse país ficará com uma melhor visibilidade internacional, além dos cidadãos terem acesso a escolhas de vida mais amplas, esse país poderá ter maior confiança internacional que gerará maiores investimentos, e a consequência é o crescimento econômico.

Logo o desenvolvimento humano vem como um identificador das diversas limitações sociais que existem em uma nação. Nesse sentido, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), vem como balizador do progresso de um país, por meio de três pilares: a educação, a saúde e a renda, assim observa-se o acesso ao conhecimento, o padrão e a qualidade de vida em uma sociedade. (SANTOS, 2016)

A saúde é tão essencial para o desenvolvimento humano que no ano 2000 aos estabelecer os objetivos do milênio ela estava presente de forma direta em três: Redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos em dois terços, reduzir, até 2015, a mortalidade materna em três quartos, deter e começar a inverter a tendência anteriormente verificada em relação ao HIV/ aids, ao flagelo de malária e em face de outras doenças graves que afligem a humanidade. No entanto, se estende também a todos os outros 5 objetivos, afinal saúde está relacionada, como mencionado anteriormente, ao bem-estar do indivíduo. (SANTOS, 2016)

Tais metas são importantes para traçar um elo comum para a saúde mundial, que busca o acesso universal à saúde, como forma de prevenir e erradicar doenças que afetam países pobres, que limitam a expectativa de vida dessa população. Se um serviço público de saúde é mal executado, a principal afetada é a sociedade.

1.1 Saúde coletiva

A saúde ao longo dos anos sempre foi um ponto em comum de preocupação dos indivíduos. Pensando nisso, diversos países colocaram a assistência médica para todos, como principal objetivo. A justificativa usada pelos líderes mundiais para proporcionar assistência médica aos cidadãos é a pobreza. Visto que, a saúde não pode ser resumida como a ausência de doenças, já que para defini-la é preciso considerar todo contexto social, assim as pessoas poderiam ter uma melhor qualidade de vida e estimular oportunidades sociais e econômicas. (SEN, 2015)

A garantia da saúde e saneamento básico, moradia digna, comida no prato, vacina, educação, emprego, todos esses fatores estão conectados com a saúde. Não basta falar em

doenças erradicadas, essa população precisa de alimento nas suas mesas, água tratada, programa de vacinação, para evitar o surgimento de outras doenças e ter uma vida digna.

Diversos países em situação de pobreza têm demonstrado que é viável realizar a assistência médica básica. Um exemplo é Ruanda onde foi desenvolvido políticas nacionais que buscavam promover a igualdade e coesão social, intitulado de “Ruanda em 20 anos: Investindo na vida”, trabalho publicado na renomada revista Lancet. (SEN, 2015)

A Universal Hethcare (UHC), que traduzida significa Assistência Médica para todos, permite mais equidade sendo uma conquista na área de saúde para toda a sociedade, reduzindo as desigualdades socioeconômicas. Afinal, a desigualdade fomenta os prejuízos na saúde daqueles indivíduos chamados de invisíveis sociais, e descredibiliza seu modo de vida. Assim, seria a assistência médica um bem coletivo. (SEN, 2015)

A realidade brasileira não é diferente quando o assunto são os invisíveis sociais. É preciso entender que apesar de toda evolução em saúde graças a políticas como o SUS, ainda é preciso continuar investindo. Os tempos atuais também não são favoráveis aos direitos sociais, as autoridades no poder são pautadas por interesses econômicos, preferem negar a ciência, retirar investimentos da saúde e educação, ações que causam retrocessos e torna mais escancarado a desigualdade socioeconômica, assim para garantir pautadas como assistência médica para todos deve-se pensar também naqueles que ocupam o poder.

Isto posto, deve-se evidenciar que, investir em políticas que possibilitam cobrir um número maior de indivíduos se torna mais viável e econômico. Um exemplo, são doenças infecciosas, as quais se prevenidas, por meio de uma cobertura universal, o Estado pouparia mais recursos. (SEN, 2015)

O Brasil na pandemia por exemplo, não teve políticas efetivas preventivas, foi ignorado a importância da Atenção Primária da saúde, o Governo Federal preferiu fazer propaganda de remédios ineficazes, a ideia de imunização em rebanho, e foi contra medidas sanitárias defendidas por organizações de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente. Isso foi intensificado pela falta de profissionais técnicos em ministérios como o da saúde que por diversos meses contou com um general que nunca tinha trabalhado com a temática da saúde. Ademais, a pobreza e o desemprego aumentaram no Brasil, um ambiente totalmente desfavorável para o povo.

Compreendido que o Estado para atuar na saúde precisa de um conhecimento multidisciplinar que envolve fatores sociais, culturais, históricos e econômicos do povo. Pois, como exposto, a pobreza está interligada nas razões que envolvem a ausência de qualidade de vida e no adoecimento de diversos indivíduos. Assim, o sistema biológico para responder a

determinado tratamento precisa ter um ambiente social harmônico que lhe permita plena recuperação. (SEN, 2015) E como exposto acima, o Brasil hoje não conta com esse cenário harmônico.

A saúde coletiva surge em 1970, no Brasil sendo influenciada pelo projeto da medicina preventiva e social, em um período totalmente conturbado da sociedade. Sendo fortalecida no panorama que abrange as discussões das ciências sociais e humanas que visa dialogar sobre o modelo do Estado de forma crítica, e pensando nisso, a epidemiologia se incorpora a essas áreas sociais, formando a chamada epidemiologia social com objetivo de analisar todas as perspectivas sobre o processo do adoecimento. (LIMA e SANTANA, 2006) A saúde coletiva se tornou uma das grandes chaves para o desenvolvimento do sistema de saúde pública brasileiro.

O projeto de saúde coletiva no Brasil é político, pois busca teorias e soluções políticas com base no conhecimento multidisciplinar sem hierarquias e valorações. Diante disso, prioriza três características, a teoria que busca construir um saber, ideologia incentivando a criação de uma consciência sanitária e apoiou o movimento sanitarista, por fim, a política para transformar as relações sociais. (WARGAS, 2015) Ou seja, é feito um levantamento sobre a realidade social de determinado local, dessa forma será possível encontrar soluções para os problemas evidenciados.

Após a promulgação da Constituição de 1988, a consagração do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional, sendo garantido uma saúde gratuita e universal, observa-se que a saúde coletiva procura novas referências no contexto sociopolítico e cultural. Evidência que, não houve um enfrentamento da aposta epistêmica existente no novo modelo de saúde pública que viabilizou práticas hierárquicas e autoritaristas na saúde que vão contra as bandeiras levantadas pela reforma sanitarista e saúde coletiva. (WARGAS, 2015)

Apesar dos grandes avanços que o SUS representa, ao ser criado ele deixou de considerar objetivos propostos por movimentos que defendiam a saúde coletiva, passou a existir com posições hierárquicas dentro de um sistema que buscava uma assistência universal para toda a população, assim o conceito de coletivo foi deixado de lado.

Ademais, existe pressão para contextualizar a saúde coletiva como uma área da saúde ou interdisciplinar, já que dialoga com diversas outras ciências. Nessa toada, foi intensificada a interdisciplinaridade, mas com delimitações entre as ciências sociais e humanas, epidemiologia e planejamento de saúde. (WARGAS, 2015)

A saúde coletiva tem atuação profissional em pesquisas acadêmicas e docência, gerenciamento de unidades de serviço de saúde, auditoria que emite pareceres sobre as políticas

e ações desenvolvidas, elaborar políticas para promover a saúde atuando de forma conjunta com as Secretarias de Saúde e Ministério de Saúde. Assim, houve uma reaproximação dos saberes que foram capazes de responder os dilemas sociais existentes. (FIOCRUZ) Por exemplo, pesquisas acadêmicas que buscam detectar possíveis falhas ou inconsistências no sistema de saúde está dentro do conceito proposto pela saúde coletiva, audiências públicas que promovem a participação popular, onde esses cidadãos expõem suas opiniões e impressões sobre os serviços públicos de saúde também está dentro daquilo que é defendido pela saúde coletiva.

Entretanto, é importante conhecer o que é produzido e seus motivos. Em razão disso, inserir a saúde na área de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), não foi uma tarefa simples, pois como demonstrado, existem diversas complexidades e opções relativas aos conhecimentos desse campo. (WARGAS, 2015)

Hoje as dificuldades são também a descredibilização da pesquisa científica por autoridades e políticos, que atacam a ciência em seus discursos, cortando recursos e bolsas dos pesquisadores, espalhando desinformação, o cenário se tornou mais desafiador.

Fica claro, o papel relevante da saúde coletiva ao longo dos anos no Brasil. Observado isso, em 27 de setembro de 1979, aconteceu a primeira reunião sobre a formação e utilização de pessoal de nível superior na área da saúde pública, realizada na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), empenhou-se em fundar uma associação que buscava interligar essas diferentes áreas do conhecimento, surge assim, a Associação Brasileira de Pós-Graduação Saúde Coletiva, hoje nomeada de Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Como representantes dessa área ingressaram nos movimentos sociais existentes no período, sendo os atores principais os profissionais de saúde ligados à área acadêmica. (LIMA e SANTANA, 2006)

A saúde coletiva como já mencionado é um projeto político, e a participação dos movimentos sociais confirmam isso. Os frutos dos esforços da ABRASCO são a realização do primeiro Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, as fortes relações com agências como o CNPq e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

1.1.1- Organização Mundial da Saúde (OMS)

Antes de falar sobre a saúde global, primeiro deve-se mencionar os estudos históricos sobre o termo saúde internacional que era utilizado no final do século XIX e início do século XX. Esse termo se refere ao controle de epidemias que ultrapassa as fronteiras entre

países. (CUETO, 2015) É evidente essa definição de saúde internacional na prática quando é decretado pandemia mundial, por exemplo.

Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), na primeira metade do século XX foram publicados diversos estudos envolvendo as agências de saúde, porém focava em apenas um país ou agência. Outrossim, a segunda metade do século XX é marcada pela Guerra Fria e a chamada Globalização, a qual inicia com novas tecnologias de comunicação, fluxo de capitais financeiros transnacionais e políticas econômicas neoliberais. Nesse contexto, surge a saúde global que seria uma forma de responder ao novo cenário epidemiológico e novas infecções.

Nessa conjuntura, acontece em 1945, na cidade de São Francisco, nos Estados Unidos da América, uma conferência internacional realizada pelos Países Aliados “vencedores” da Segunda Guerra Mundial. Esses países aprovaram a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), e votaram pela criação imediata de uma agência voltada para a saúde.

No dia 27 de abril de 1948, três anos após a reunião que culminou na criação da ONU, foi realizada a Primeira Assembleia Mundial de Saúde em Genebra. A reunião era composta por 26 membros das nações unidas que foram os responsáveis pela criação formal da Organização Mundial de Saúde (OMS) e ratificaram seus estatutos.

O primeiro Diretor-Geral foi Brock Chishoem, um psiquiatra canadense com influências da medicina social inglesa. Já o segundo Diretor-Geral foi um brasileiro, Marcolino Candau, que trabalhou no controle da Malária no Brasil, e ficou à frente da OMS por aproximadamente duas décadas.

Já em 1980, o Banco Mundial passa a influenciar a OMS quando aumenta seu protagonismo na perspectiva mundial. Além disso, o Banco Mundial sugeriu aos países que as melhorias na saúde e nutrição iriam acelerar o crescimento econômico, e, assegurou um ótimo argumento para realização de gastos sociais.

É inegável os conflitos existentes dentro da OMS envolvendo as abordagens sociais e econômicas frente a tecnologia e doenças, sendo que a importância de cada uma depende do contexto vivido, conforme expõe Brown, Cueto e Fee (2006). No entanto, a crise não foi evitada, entre 1988 a 1998, o Diretor-Geral era Hiroshi Nakajima, o qual facilitou a existência de uma crise com seu estilo autocrático, sem domínio de comunicação, propenso ao favoritismo, além de se envolver em acusações de corrupção

Em meio à crise, em 1992, foi nomeado um grupo de trabalho composto por trinta e um membros da Diretoria Executiva da Assembleia Mundial de Saúde. O relatório final recomendou que a OMS seguir na liderança da saúde deveria revisar e seguir os seguintes pontos: Rever seu programa fragmentado global, por regiões e países, diminuir a

competitividade do orçamento regular e extra orçamentário, e proporcionar mais ênfase interna em assuntos como a saúde global.

Hoje a OMS possui mais de sete mil pessoas localizadas em, aproximadamente, 150 países, além de possuir seis escritórios regionais. O órgão onde são tomadas as principais decisões ainda é a Assembleia Mundial da Saúde. (OMS)

No ano de 2013 foi realizada a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, o Brasil entrou para o Conselho Executivo da OMS, o qual possui 34 membros com mandatos de três anos, a reunião é anual e define a agenda da Assembleia Mundial de Saúde e as resoluções que serão consideradas. Tem função decisória e política, e também de aconselhar a Assembleia para facilitar os trabalhos realizados. (OMS)

Esse papel tão importante foi confiado ao Brasil devido sua influência no âmbito Global, como referência para o mundo com o modelo de saúde pública e experiência que são complementados pelos avanços tecnológicos, com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Imunização (PNI), que receberam bastante destaque pelos sucessos obtidos.

A OMS relata que possui como objetivo garantir uma cobertura universal, proteger contra emergências de saúde e fornecer melhor saúde e bem-estar. Como exteriorizado acima, Universal Healthcare (UHC) é um benefício para todos, pois promove a equidade, estimula oportunidades econômicas e sociais, além de aumentar a expectativa de vida, sendo um objetivo de diversos países. Os índices expostos no site da OMS mostram que 64% das pessoas são cobertas por serviços essenciais, porém ainda não é um dado comemorativo, pois existem 36% que não possuem essa cobertura espalhados pelo mundo.

É notório que a OMS possui importante papel na defesa da saúde. No entanto, esse papel se tornou mais evidente após o dia 11 de março de 2020 quando foi declarada a pandemia da Covid-19. (G1, 2020) Assim, passou a fazer orientações técnicas aos países, e, reforçou o apoio à ciência trabalhando em conjunto com diversos cientistas e profissionais da saúde para acelerar pesquisas sobre a Covid-19. (OMS)

Um grande impasse foi formado em países como Brasil e Estados Unidos que seus líderes não aceitaram tais orientações, questionaram levantamentos e estudos feitos pela OMS. Criou-se uma instabilidade global, pois o vírus é altamente contagioso e a parceria mundial era necessária.

No entanto, Jair Bolsonaro em meio a maior pandemia do século XXI, resolveu que era melhor criticar o trabalho feito pela OMS e ameaçar sair da organização, utilizando o discursos inflados, os quais apontam viés ideológico nos trabalhos desenvolvidos pela mais

importante organização de saúde do mundo, juntamente com Donald Trump assumem posicionamentos chamados de negacionistas, recusando a assumir medidas sanitárias, questionando vacinas em desenvolvimento, descredibilizando a ciência e instaurando inseguranças na população de seus respectivos países.

A OMS passou a atualizar semanalmente relatórios sobre a situação da covid-19 a nível global, regional e por país. Desse modo, pode dimensionar quais os principais continentes e países afetados pela pandemia. Existe também um painel do coronavírus, que mostra diariamente a situação global, onde é possível visualizar 124 milhões de casos confirmados e mais de 2 milhões e 700 mil mortos. Nessa circunstância, destaca-se no âmbito regional as américas, e a nível local países como Estados Unidos e o Brasil, com a situação complexa, registrando mais de 3 mil mortes somente no dia 23 de março de 2021, um ano após o início da pandemia. (OMS)

É possível assim, a OMS ver quais locais precisam de maior atenção, orientação, aconselhamento para tomar medidas de proteção e prevenção contra o vírus, por fim, promover parcerias para levar informações e conhecimentos científicos.

1.1.2- Sistema Único de Saúde (SUS)

Entender o sistema de saúde pública brasileira está associado na compreensão dos seus antecedentes históricos. Portanto, é necessário fazer uma cronologia dos fatos anteriores ao sistema de saúde atual. Inicia-se pelo período colonial onde não havia por parte da Metrópole portuguesa uma preocupação relativa à saúde, assim os problemas envolvendo higiene eram de responsabilidade local. A primeira Santa Casa surge em 1543, em Santos, chamada de Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Os cidadãos pobres eram atendidos pela caridade cristã, enquanto os militares recebiam ajuda e cuidado das famílias ricas. (PAIN, 2009) Percebe-se que a saúde inicia por meio da concepção assistencialista, sendo desenvolvida pela igreja.

Segundo Pain, no Século XIX, ocorreram diversas mudanças no país envolvendo a política e meio social. A família real portuguesa se estabelece na cidade do Rio de Janeiro nesse período, o que acarreta diversas mudanças no contexto urbano e na administração pública.

A cidade torna-se o local de ações sanitárias. Já no ano de 1828, a saúde pública passa a ser atribuição das municipalidades. Após a independência e início do período imperial temos uma centralizada organização sanitária no Brasil, a qual não conseguia responder efetivamente as epidemias que surgiam naquele período. (PAIN, 2009)

A Proclamação da República estabeleceu mudanças na saúde, sendo ações voltadas para essa área função dos estados. Ganhou relevância o movimento de Reforma Sanitária que, inclusive, teve alguns frutos como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criado por Carlos Chagas que ficou responsável por questões como a vigilância sanitária e endemias, e, também foram criadas bases para o Sistema Nacional de Saúde. (SANTOS, 2016) Sendo esse os primeiros passos para um sistema de saúde público.

O fator que contribui para todas essas mudanças é o início da industrialização do país, e a saúde passa a ser uma questão social naquele momento, pois não era exclusiva do indivíduo. (PAIN, 2009) Lembra-se aqui do conceito acima estudado, saúde coletiva, nesse momento o país vivia um problema de saúde que era de toda a população.

Após a Revolução de 1930, Getúlio Vargas assume o poder e promove diversas mudanças no país, principalmente nas áreas sociais, como a saúde. O DNSP é transferido do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde criado via decreto em 14 de novembro de 1930. (SANTOS, 2016) Um importante avanço, a saúde pública passa a ser tratada com seriedade, e ações poderiam ser melhor organizadas, é a primeira vez que vemos um ministério com saúde no título.

Ao caminhar para os anos de 1960, observa-se a saúde pública preocupada com o ambiente, o coletivo e a saúde do trabalhador que ficava sob responsabilidade do Ministério do Trabalho com ações individualizadas. Um ano antes do golpe militar e início da ditadura, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que debateu sobre a municipalização dos serviços de saúde. (SANTOS, 2016)

Hoje a saúde é uma responsabilidade também dos municípios sendo um grande avanço, pois comunidades podem ser atendidas de perto pelos programas desenvolvidos, no entanto naquela época, em meio a um período de retrocessos falar sobre municipalização da saúde era um assunto que caminhava a pequenos passos, e ainda precisava passar por um longo debate.

É evidente que a Ditadura Militar provocou feridas incuráveis na política e meio social. Esse quadro catastrófico não foi diferente na saúde que decaiu totalmente, o que pode ser constatado pelo aumento da mortalidade infantil, e de diversas doenças como malária e tuberculose, assim o país vivia uma crise na saúde. E os brasileiros que não possuíam trabalhos formais ficavam dependentes da filantropia, pois os serviços de saúde eram pagos e muitos não tinham condições financeiras. (PAIN, 2009) Analisar o período da ditadura militar é necessário para conscientizar a população sobre o que os períodos repressivos e autoritarismos causam ao

país, além dos direitos de expressão, imprensa, políticos de oposição serem censurados, afeta também o contexto social, como a saúde.

A redemocratização promoveu mudanças extraordinárias na realidade política, da sociedade e econômica. No entanto, esse movimento em prol da democracia contribuiu para mudanças em outras áreas sociais, um exemplo, a saúde.

A Fiocruz traz em seu acervo histórico, presente em seu site, que o movimento sanitarista ganhou força e destaque nesse momento, afinal como definia o sanitarista Sergio Arouca esse movimento nasceu dentro da luta contra a ditadura. Em vista disso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 promove a democratização da saúde, organizada por Sérgio Arouca que era presidente da CNS, o qual apresentou o documento Saúde e Democracia, sendo um dos resultados a universalização da saúde.

Essa CNS ganha destaque por múltiplos fatores, porém três merecem destaque, primeiro o fato de massiva participação popular, isto influencia que os conselhos de saúde obrigatoriamente tenham 50% dos membros representantes da sociedade civil. O segundo é a defesa pela reformulação do financiamento da saúde e o terceiro é a necessidade de um Sistema único Descentralizado de Saúde (Suds), que depois se transforma no SUS. Essa composição popular foi a primeira faísca para o que chama-se de Conselhos de Saúde, neles a sociedade civil tem composição de 50% dos membros e podem trazer demandas e trabalhar planos e projetos para a saúde.

Assim, ao promulgar a Constituição Federal de 1988, marco histórico depois de momentos sombrios da história nacional, observa-se no texto da constituinte, a definição de saúde presente no artigo 196 foi extraída do relatório da 8ª CNS. (MACHADO, 2020) A Constituição de 1988 define saúde como direito social. O artigo 196 deixa claro que a saúde é direito de todos os brasileiros e dever do Estado. Esse direito deve ser promovido de forma universal e gratuita, por meio de políticas públicas e ações sociais e econômicas. (PAIM, 2009)

Um direito que nos últimos cinco anos está sofrendo grandes retrocessos, o estado que deveria ter como dever garantir saúde a todos o povo, está no caminho contrário. Tais mudanças negativas se tornaram evidentes com as mudanças no financiamento da saúde, em áreas primordiais como a Atenção Básica. Além disso, em 2020 viveu-se o período mais preocupante em meio a uma pandemia ocorreram três trocas de ministros da saúde, sendo o último a assumir o cargo um General do exército que não tinha qualquer experiência com saúde pública.

Em relação a Luiz Henrique Mandetta, o primeiro ministro da saúde a ser demitido, em diversas entrevistas os jornais e a população parava apreensiva pensando ser aquele

momento o anúncio de sua demissão. As apreensões eram internas também pelos funcionários do Ministério da Saúde, Ugo Braga retrata toda essa aflição em seu livro intitulado de “Guerra à saúde”, onde relata como o Governo Bolsonaro transformou o Ministério da Saúde em inimigo público durante a grande crise sanitária provocada pela Covid-19.

A pergunta que fica é: Como o ministro da saúde deveria trabalhar diante de tanta pressão e iminente demissão? Não havia um terreno firme para desenvolver ações que eram constantemente criticadas, desautorizadas pelo Presidente da República, o qual fazia questão de ir contra qualquer medida sanitária publicamente, como máscaras e distanciamento social.

Isto posto, é significativo destacar que a fiscalização, controle e regulação dos serviços públicos é função do poder público, já que o artigo 197 da CF/88 estabelece que ações e serviços de saúde são de relevância pública. A regulação é feita por leis complementares, ordinárias e normas infralegais. São exemplos disso, a LC 141/2012 e a Lei 8.080/1990, também as portarias e decretos publicadas pelo Ministério da Saúde. (SANTOS, 2016). Tal atuação do Ministério da Saúde se torna importante diante de um cenário de crise da saúde nacional, para assim haver uma uniformização das ações. Enquanto a fiscalização e controle é feito por órgãos de controle interno e externo do poder legislativo com colaboração do Tribunal de Contas. (SANTOS, 2016) O Tribunal de Contas dos Municípios, divulga dados, gráficos e tabelas para o cidadão relatando quais as receitas e despesas que chegam às cidades.

Por conseguinte, é notável que há leis importantes para embasar quais as funções e como deve atuar o SUS e aqueles que o coordenam dentro de cada ente federativo. As principais são: A Lei 8.080/1990, já citada acima, que expõe as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização do sistema e o funcionamento dos serviços. E a Lei 8.142/1990 que define sobre a participação da comunidade (defendida na 8ª CNS e pela OMS), na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde. (BRASIL) Essa última é relevante para o financiamento da saúde pública, ao falar sobre os recursos e transferências realizados entre os entes federativos.

Ressalta-se que todas essas ações que ocorrem dentro do SUS são organizadas de acordo com os princípios que o norteiam, como a hierarquia e regionalização, o que acontece é uma atuação conjunta por parte da União, estados e municípios, possibilitando uma melhor distribuição dos estabelecimentos de saúde dentro do território nacional. Outro princípio importante, é da descentralização que permita que a gestão do SUS atue de acordo com as necessidades de cada local respeitando as diversidades e individualidades existentes, além disso cada ente exerce um papel importante dentro desse sistema. (SANTOS, 2016)

Um grande impasse na pandemia da Covid-19, foi o fato do Governo Federal questionar a competência dos estados, Distrito Federal e municípios nas ações e estratégias desenvolvidas. A competência questionada era a concorrente, sabe-se que o sistema de saúde pública não é centralizado como em outros períodos históricos, assim questionar a autonomia desses entes federados é inconstitucional. O Superior Tribunal Federal apenas reafirmou essa competência na tomada de medidas no combate a Covid-19.

Isso evidenciado, é necessário lembrar que o SUS não é voltado apenas para tratar doenças, mas para preveni-las, característica essa advinda de outra diretriz: o atendimento integral que viabiliza as medidas preventivas para solução de problemas ligados à saúde coletiva. Os principais objetivos são garantir a efetividade dessas ações e o controle de epidemias, campanhas de prevenção e vacinação. (SANTOS, 2016) Quantas vezes foi veiculado vídeos temáticos com campanhas para vacinação, por exemplo. O Zé Gotinha se tornou um símbolo da infância de muitos brasileiros.

Por fim, cita-se a participação popular que foi recomendada pela OMS, defendida na 8º CNS e normatizada pela Lei 8.142/1990, na qual a comunidade poderia participar de forma efetiva nas ações e serviços envolvendo a saúde pública exercendo o chamado controle social, seja para identificar os problemas que aparecem, apontar soluções ou avaliá-lo. (PAIM, 2009) A população observar as ações dos gestores da saúde pública, participar de audiências públicas e conselhos de saúde é extremamente importante para tornar esse serviço mais humanizado e eficiente.

Assim, o SUS foi o ator principal da democratização da saúde como pretendido pelo movimento sanitário, tal fato é percebido pelos debates levantados que garantem o exercício da cidadania e da justiça dentro da saúde pública. E os avanços do SUS fizeram essa política pública ser reconhecida como modelo mundial. E como mencionado, o Brasil ganhou papel de destaque dentro da OMS em 2013, pois o foco eram os cidadãos e suas condições de vida. Compreendido que o indivíduo é o centro dessa política pública buscou-se investir na atenção primária, o resultado foi diversos projetos e programas nessa área, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). (FISCHBORN) Destaque para os municípios que foram os principais beneficiados com essa política tão importante.

A ESF estabelece a reorganização do sistema de saúde e do modelo de atenção à saúde. O atendimento pode ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), residências ou nas mobilizações da comunidade. Porém a ausência de contrapartida financeira que supra as necessidades para sua realização, concentra sua atuação apenas em áreas vulneráveis. (FISCHBORN, 2015)

O investimento em uma política pública é importante para o seu desenvolvimento completo. Quando existem limitações, a política é realizada de forma incompleta afetando seu impacto social. Além disso, pode ocorrer déficits até nos locais que ela é efetuada. Razão pela qual o contexto atual é totalmente desfavorável para o SUS. Vive-se um verdadeiro desmonte de uma política pública que é tão essencial para toda população, principalmente aqueles em situações de carência.

O atendimento integral presente no artigo 198 da Constituição, que é tão importante para o controle de epidemias, promoção de campanhas de vacinação e outras ações preventivas que visam atender a coletividade, é ignorado, mesmo diante da maior crise sanitária e hospitalar da história provocada pela pandemia da covid-19. (G1, 2021) Porém, o que existe por parte da União é um Plano Nacional de Vacinação ineficiente, com ausência de informações e superficial. (ABRIL, 2021) Na verdade, em um ano de pandemia não há uma previsão definitiva de quando toda a população será vacinada. O Brasil que antes foi o país que mais vacinou no mundo contra a H1N1, hoje sofre com incertezas. (GIOVANAZ, 2020)

O Presidente da República em um vídeo divulgado pelo Portal de Notícias G1, no entanto prefere rasgar o protocolo de intenções de vacina do Instituto Butantan em parceria com a Sinovac, junto com ele o ministro da Saúde, General Pazuello afirma “é simples um manda, o outro obedece.” Uma pessoa totalmente impactada para o cargo, sem conhecimento nenhum sobre o assunto. Seriam 46 milhões de doses de vacinas somente por esse protocolo. Outras propostas foram ignoradas por Jair Bolsonaro. O Presidente prefere ofender a China, o Governador de São Paulo, João Dória que atua nas negociações, ao invés de adquirir vacinas para salvar a população.

O país que já foi referência mundial, hoje é motivo de vergonha para o povo brasileiro, milhares de pessoas morreram e milhares morrerão pela omissão do Estado. É preocupante o cenário Brasileiro, pois o Presidente prefere questionar a veracidade da doença, incentivar apoiadores a irem em hospitais, desacreditar as vacinas, ao contrário de ser um verdadeiro chefe de estado que busca exercer seu dever de garantir saúde a todos.

1.2 Desenvolvimento Humano e a Teoria da Justiça de Amartya Sen

Amartya Sen, no livro A ideia de Justiça afirma:

Ao avaliarmos nossas vidas, temos razões para estarmos interessados não apenas no tipo de vida que conseguimos levar, mas também na liberdade que realmente temos para escolher entre diferentes estilos e modos de vida. Na verdade, a liberdade para determinar a natureza de nossas vidas é um dos aspectos valiosos da experiência de viver que temos razão para estimar. (2011, p. 261)

A liberdade é um dos aspectos usados pelo economista para dissertar sobre a teoria da justiça. Afinal, para ele compreender sobre as liberdades que o ser humano possui em sua vida é necessário para falar sobre o desenvolvimento, pois entende-se que para falar de melhores condições de vida e oportunidades deve-se conhecer as liberdades que se pode desfrutar. (SEN, 2011)

Por exemplo, um morador de uma região periférica, analfabeto, sem emprego, com uma moradia em condições precárias, provavelmente desenvolverá alguma doença, terá sua existência resumida pela miséria e caos. Sem qualquer mudança nas condições que possui, nunca terá a liberdade para viver de forma plena.

Por isso, sua teoria de Armatya Sen sai do campo econômico e observa outros quesitos importantes da existência humana, como a capacidade, liberdade, oportunidade, posicionalidade, condições sociais, saúde. Sen define na sua obra “Desenvolvimento como Liberdade” que esse enfoque dado em outras questões como a liberdade, procura distanciar de visões restritas como as que identificavam o desenvolvimento, por meio de análises do Produto Nacional Bruto, aumento da renda e outros aspectos econômicos.

Inferir sobre o desenvolvimento é visualizar as questões que privam a liberdade do indivíduo, tal como pobreza, tirania, negligência dos serviços públicos, carência de assistência social, ausência de programas epidemiológicos e planejamento de assistência médica e educação, negação das liberdades políticas e civis, entre outros. (SEN, 1999) O Brasil possui garantido no tripé da seguridade social, saúde e assistência social à população, através dessas garantias é permitido o acesso a benefícios, programas e um sistema de saúde público gratuito. Os indivíduos em situação social precária poderão de alguma forma contar com auxílio do Estado para contornar aquela situação que o limita a uma condição de vida miserável.

Constata-se que falar sobre liberdade é argumentar sobre a escolha de viver. Um exemplo trazido por Sen é o fato de uma pessoa ter a oportunidade de receber cuidar da sua saúde, mas opta por não fazer, tal indivíduo estaria exercendo sua liberdade. Diferente dos indivíduos que são privados de tal liberdade, pois não há garantias de saúde no meio social que está inserido. (SEN, 2011) Assim, um milionário escolheria ter acesso ou não a tal tratamento, enquanto uma pessoa em situação de pobreza seria dependente do Estado lhe fornecer esse direito.

Atrelado à ideia de liberdade é preciso mencionar a capacidade, pois é esse conjunto que representa as oportunidades reais de cada pessoa. Sen afirma que a capacidade está ligada a liberdade substantiva, pois é o centro a aptidão real que aquela pessoa possui de

realizar as diferentes coisas que valoriza. Chama-se essa relação entre capacidade, liberdade e aptidão de oportunidades reais. (SEN, 2011)

Verifica-se que são por meio da capacidade e das livres escolhas que o cidadão verifica quais suas possibilidades. Logo, as oportunidades sociais adequadas possibilitam aos cidadãos criar seu próprio destino. No contexto brasileiro a garantia das oportunidades sociais estão presentes no artigo 6º da Constituição que trata dos direitos sociais, como saúde, educação, moradia, entre outros. Todavia sua implementação depende de ações públicas, participação econômica, política e social.

Advém que as instituições são instrumentos básicos para promoção das capacidades. Por isso, é preciso garantir o funcionamento adequado das instituições para assegurar uma sociedade justa. (RIBEIRO, 2015) O Ministério da Saúde, a Secretária Estadual e Municipal de Saúde, as Universidades Federais, o Ministério Público, a Prefeitura Municipal, entre outros órgãos públicos devem funcionar adequadamente para que seja garantido os direitos de forma justa naquele lugar.

No entanto, para Sen a problemática relacionada a justiça não está limitada apenas aos arranjos institucionais, mas no comportamento dos indivíduos nas suas interações sociais para cumprir a justiça, ou seja, aqueles que podem efetivamente realizar tal justiça, como os gestores e profissionais de saúde que são provedores de um direito que garante a efetiva justiça social.

Afinal, as políticas públicas são formas de garantir, mesmo que de forma mínima, as capacidades e funcionamentos básicos de pessoas e grupos sociais sendo a estratégia garantir o alcance da justiça por meio da equidade.

Na saúde a equidade predomina, principalmente sobre o acesso às ações e aos serviços de saúde. Pois em muitos lugares, as dificuldades enfrentadas na saúde estão relacionadas ao orçamento deficitário, assim é necessário otimizar o uso dos recursos, estabelecer limites para sua utilização, de forma racional e priorizando aqueles que mais precisam, sendo uma combinação de eficiência, efetividade e equidade. Por isso, a ESF atua em áreas de vulnerabilidade social de forma predominante.

Destarte, ao compreender o desenvolvimento humano e a teoria de justiça de Amartya Sen vê-se que investir adequadamente na área social, contribui para a melhoria da qualidade vida das pessoas, principalmente em regiões periféricas. Assim, um país que decide realizar gastos sociais obtém êxito, inclusive na econômica, pois conduz a nação ao crescimento econômico, um exemplo, são os países do Leste Asiático que implementaram um sistema de educação e saúde universal, pois ao investir em saúde garante frequência escolar, eleva o

desempenho acadêmica, melhora o aprendizado, permite melhores empregos no futuro, maiores rendas, e até avanços tecnológicos e científicos. Por isso, a economia é apenas parte do progresso quando se fala em desenvolvimento. (SANTOS, 2016)

Assim, com base nesses entendimentos envolvendo liberdade, capacidade, investimento nas áreas sociais e desenvolvimento, surge o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o qual teve Sen como um dos grandes colaboradores. Fortalece o debate sobre as condições de vida dos seres humanos, e quais as causas e consequências de tais situações. Os três eixos do IDH são a educação, renda e saúde, sendo a saúde uma análise do progresso na qualidade de vida das pessoas e do bem-estar dos indivíduos. (SANTOS, 2016)

O IDH coloca em prática a teoria da justiça desenvolvida por Amartya Sen, o qual verifica além da renda, diversos outros quesitos sociais para avaliar o desenvolvimento humano daquele países. Inclusive, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 2019, o Brasil ficou na posição 84 no IDH, uma posição que reflete os problemas sociais do país.

1.3 Equidade e financiamento público da saúde coletiva

É evidente que a assistência universal confere mais equidade à saúde sendo uma para toda a nação. Identifica esse fato quando observa a prevenção de doenças infecciosas que impede sua propagação e reduz gastos com cuidados epidemiológicos. Desse modo, com prevenção e intervenção rápida é possível atuar de forma efetiva na saúde viabilizando um bem coletivo. (SEN, 2015) Esse deve ser o foco dos gestores e demais atores do sistema de saúde.

No SUS é possível notar um controle importante de doenças transmissíveis, devido a existência de um Plano Nacional de Imunização eficiente que disponibiliza a todos os brasileiros 45 imunobiológicos, entre vacinas, soros hiperimunes e imunoglobulinas, os investimentos chegaram a quatro bilhões de reais em 2018, com a ampliação de vacinas. (MENDES, 2019) Uma realidade diferente de 2020, onde as vacinas são negadas e não ampliadas. Esse é o reflexo da troca realizada no Governo Federal. Os interesses políticos diferentes afetam todo o coletivo, pois é o espelho da atuação daqueles que estão no poder e suas prioridades.

O Brasil também possui reconhecimento internacional pelo programa de HIV/Aids, o qual reduziu a disseminação da epidemia adotando políticas de distribuição gratuita de medicamentos, e atuação entre os três entes federativos, organizações e sociedade civil. (MENDES, 2019)

A assistência universal consiste em assistência médica para todos. Pensando nisso, o SUS desenvolveu na Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, a qual desempenha um trabalho multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, e outros profissionais articulados no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). (MENDES, 2019)

O investimento feito na Atenção Primária de Saúde (APS) para ampliá-lo, juntamente com o ESF possibilitou a melhoria dos resultados sanitários, tal como redução de morbimortalidade, melhores desfechos clínicos e outros fatores socioeconômicos.

A ESF cobre aproximadamente 143 milhões de pessoas, sendo a Atenção Primária em Saúde a mais extensa do mundo. Os efeitos são notados quando se avalia os indicadores envolvendo os avanços obtidos, por exemplo na redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade (presente nos objetivos do milênio estabelecidos pela OMS), em locais com alta cobertura da ESF a redução foi por volta de 70% no período de 2000 a 2006. Observa-se também os incidentes envolvendo doenças cardiovasculares, entre os anos de 2005 e 2010, onde indivíduos atendidos pela ESF tiveram risco 42% menor de morrerem. (MENDES, 2019)

A boa execução das políticas da Atenção Primária refletem em diversas áreas da saúde. Valorizar as ações, projetos e estratégias realizadas é preciso, pois são esses que provocam mudanças na qualidade de vida da população.

Porém para ter políticas e ações efetivas como o ESF, é preciso de recursos financeiros. Considerando os dados anteriores relativos à redução de mortes por doenças cardiovasculares, levanta-se os gastos com a APS no ano de 2010, foram gastos no total 233,4 bilhões de reais, somente os municípios financiaram 61,2 bilhões de reais. Esses gastos cresceram ao longo dos anos, em 2017 somente os municípios tiveram um aumento de 31,1%. Contudo a união teve um aumento de apenas 10,7% nos gastos, enquanto os municípios aumentaram 57,5%. (MENDES, 2019)

O aumento de despesas com saúde pode ser encarado de diversas formas, depende da autoridade no poder. No Brasil, em meados de 2016 e 2017 o presidente era Michel Temer, nesse período foi promulgada a EC 95 de 2016 que provocou o congelamento dos recursos, limitando os gastos públicos.

Ademais, investiu na promoção da saúde em ações como a política nacional de controle do tabaco e no desenvolvimento de intervenções de estímulo às atividades físicas. Em relação ao controle do tabaco foi totalmente eficaz, pois promove intervenções na comunidade, ambiente de trabalho, escolares, além de elaboração de legislações. Existe também um preço mínimo para o tabaco e reajustes constantes de impostos.

Todos esses esforços demandados resultaram em maior cobertura do acesso à saúde, sendo o número de consultas médicas, por exemplo, correspondente a 71,2% em 2013. O controle e prevenção de doenças também teve um índice significativo representando 23,1% no mesmo ano. (MENDES, 2019)

Entretanto, com o demonstrado os gastos com as ações, políticas e estratégias de saúde são altos, em 2015 o valor anual correspondia a 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB). O financiamento da saúde no início era instável, o qual era normatizado pelo artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), presente na Constituição. Entre os anos de 2000 a 2012 a Emenda Constitucional 29/2000 vinculava as despesas ao PIB. Ocorreu novas alterações normativas com a aprovação da Lei Complementar 141/2012. No entanto, com a promulgação da Emenda Constitucional 86/2015 não é mais possível prever o gasto mínimo da união em ações e serviços de saúde, o orçamento tornou-se impositivo.

As diversas alterações provocaram mudanças no financiamento da saúde e nos gastos que cada ente federativo teria com saúde, mas a maior mudança ocorreu em 2018 com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que provocou o congelamento das despesas primárias da união até 2036, e modificou o piso da participação federal do SUS por novos parâmetros.

Portanto, o cenário não é animador para a Atenção Primária de Saúde, pois uma área voltada para promoção, proteção e prevenção em saúde, teve e terá grandes perdas financeiras, e os dependentes dela sofreram danos irreparáveis à saúde. Afinal, a ausência de recursos para suprir as necessidades do sistema pública de saúde primária será constante nessas próximas décadas.

2- POLÍTICA DE ATENDIMENTO BÁSICO NO BRASIL: SUS E O FINANCIAMENTO

Conforme expõe, Jairnilson Silva Paim a atenção básica é o primeiro nível no interior do sistema de saúde, sendo a Política Nacional de Atenção Básica formalizada em 2006. O financiamento foi organizado de forma tripartite, assim os repasses municipais seriam efetuados em conta aberta para essa finalidade consoante a norma de fundos para colaborar com a fiscalização dos conselhos de saúde. (BRASIL, 2012)

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais são realizados mensalmente, sendo atualizados os dados relativos aos recursos repassados. Tais dados ficam disponibilizados para acompanhamento e fiscalização dos conselhos e controle interno e externo. (BRASIL, 2012)

O Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece que os municípios quando fizerem a prestação de contas dos valores que foram recebidos e aplicados por ele, essa deve ter a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ser encaminhada para o Tribunal de Contas Estadual ou Tribunal de Contas Municipal e ao legislativo municipal. Essa prestação de contas ou quando o órgão de controle solicitar ela, deve conter a demonstração dos recursos movimentados através de relatórios mensais expondo a origem e destinação dos recursos, demonstrativo sintético de execução orçamentária de forma detalhada das despesas e relatório de gestão mostrando o resultado obtido com os recursos aplicados em ações para aquele local.

O PNAB divide em 6 tipos de recursos o financiamento federal, os recursos per capita, o qual é a transferência mensal de valores do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal, por meio da multiplicação dessas quantias pela população do município. Os recursos para projetos específicos, os recursos de investimento, os quais são destinados para estruturar os municípios e estados sendo transferidos fundo a fundo ou por convênio.

Há também os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, exemplo disso é a inserção das equipes do Núcleo de Atendimento à Saúde da Família e Saúde Bucal. Por fim, os recursos condicionados a resultados e avaliação de acesso e qualidade.

Entretanto, tais recursos não seriam suficientes para suprir as necessidades dos municípios, sendo necessário a compensação de especificidades regionais, os quais seriam transferidos valores considerando as especificidades de cada cidade, população ou alguma

situação que precisaria de maior apoio que o financiamento a Atenção Básica não fosse capaz de cobrir. (BRASIL, 2012)

As transferências dos fundos estaduais para os municípios seria o melhor exemplo disso. Para suprir o desfalque nos repasses federais devido a políticas de contingenciamento, os estados realizam repasses aos municípios como apoio.

A manutenção da transferência dos recursos do bloco da Atenção Básica possui requisitos mínimos que são estabelecidos por norma federal do SUS. Assim, ao elaborar o plano de saúde municipal e a programação anual de saúde aprovados pelo Conselho de Saúde devem delimitar a proposta de organização da Atenção Básica e descrever como os recursos seriam usados. E os relatórios de gestão devem evidenciar como os recursos financeiros investidos contribuíram para ações de saúde. (BRASIL, 2012) Um município que é omissor no plano municipal de saúde e na programação das ações desenvolvidas está retirando da sua população recursos que poderiam ser investidos para resolver as problemáticas existentes.

Todavia, em 31 de outubro de 2019, a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), aprovaram o novo modelo de financiamento da Atenção Básica no Brasil. (NEVES, MACHADO, 2019) O qual provocou mudanças questionáveis no repasse de recursos.

O novo modelo de financiamento da Atenção Básica presente na Portaria n. 2.979/2019 implementou o Previne Brasil, o qual modificou o modelo de financiamento da Atenção Primária no Brasil. As alterações trazidas começam em algumas formas de repasses das transferências para as municipalidades, agora utiliza-se três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. (BRASIL, 2019)

Segundo a Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Captação Ponderada consiste na remuneração calculada de acordo com o número de pessoas no cadastro das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP). Já o Pagamento por Desempenho é enviado de forma mensal aos municípios, e os valores são definidos de acordo com os resultados alcançados pelo conjunto de indicadores que são monitorados e avaliados no trabalho das eSFs e eAPs. E o último critério utilizado no novo modelo de financiamento da Atenção Primária são os incentivos para ações estratégicas são observadas características específicas de cada município ou território, para assim, implementar programas, estratégias e ações que promovam melhorias no cuidado da Atenção Primária de Saúde, e em toda Rede de Atenção à Saúde, como, por exemplo, Equipe de Saúde Bucal, Programa Saúde na Hora, Programa Academia de Saúde e Programa Saúde na Escola.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), expõe que é necessário realizar o cadastro do cidadão pelo seu CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), por todos aqueles que integram a equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Primária. Pois, como mencionado, o cálculo do valor repassado é feito pelo número de pessoas no cadastro dessas equipes. No entanto, é importante frisar que focar na pessoa cadastrada não é possível ter uma visão realista sobre a desigualdade que englobam condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e geográficas da sociedade.

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária está repercutindo nos órgãos, instituições e associações ligadas à saúde. A ABRASCO deixa claro a problemática existente ao falar sobre esse assunto, pois ao registrar cada indivíduo e justificar que seria para identificar os mais carentes, ocorre a restrição, a flexibilização na operação da Atenção Básica em Saúde (APS) a limitando a um caráter residual, individual e assistencialista, uma direção contrária daquilo que o SUS defende e estabelece em suas normas.

O processo de modificação da Atenção Básica e as mudanças realizadas nos últimos anos no SUS, demonstram um aprofundamento da privatização da saúde. Desse modo, os direitos sociais são limitados e o Governo Federal se impõem contrário à consolidação da APS, sendo a saúde pública é mercantilizada.

Os principais afetados com o novo financiamento da APS serão os municípios, os quais perderam recursos. Para dimensionar essa perda no financiamento, avaliou-se a redução orçamentária em setenta e oito municípios que terão uma diminuição no orçamento de 417 milhões de recursos. Além disso, esse novo financiamento juntamente com a EC 95/2016 provocou diversos retrocessos no SUS. Um exemplo, são os recursos perdidos de 2017 a 2020 que equivalem a 29 bilhões de reais.

2.1- POLÍTICA DE ATENDIMENTO BÁSICO NO BRASIL

Desde 1978, a Organização Mundial de Saúde define a Atenção Primária de Saúde como essencial para atingir objetivos. Assim, adotou um conjunto de princípios para iniciar a construção da atenção primária que deveria ser dirigida por valores como a dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, voltadas para proteção e promoção de saúde, qualidade, financiamento sustentável com cobertura universal. Ademais, deve focar no indivíduo permitindo a influência da sociedade nos serviços de saúde, também na atenção primária. (STARFIELD, 2002)

A Atenção Primária de Saúde é o primeiro contato do usuário com o SUS e as políticas de saúde. Seja pelo atendimento médico nas UBSs, o agente de endemias, e programas como Academia Saúde, ESF e NASF. Outro fator é que a chamada Atenção Básica é focada no atendimento a famílias para garantir uma maior proximidade com a comunidade.

Ressalta-se aqui o uso dos termos atenção primária, à Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica são usados como sinônimos dentro do contexto da saúde brasileira, porém há uma preferência pelo Ministério da Saúde pelo termo atenção básica. É evidente que a utilização da atenção básica está intimamente relacionada a história do Movimento Sanitarista e a ideia de uma saúde coletiva sendo reforçada pelo pensamento das entidades ligadas à saúde pública. (CECILIO, REIS, 2017)

Assim, quando se busca atendimento focado nas famílias, na comunidade, desenvolvimento de programas coletivos, com intercâmbio com a saúde como o Programa Saúde nas Escolas, é justamente a ideia da saúde coletiva que busca prevenção de doenças, assistência coletiva, e multidisciplinaridade.

Durante os anos 90, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993 promoveu alguns avanços relacionados a flexibilização das gestões municipais. Assim, possibilitou reorganizar o modelo de Atenção à Saúde para cada ente federativo. Além disso, criou o Piso de Atenção Básica (PAB), o qual foi responsável por definir a transferência de recursos por valor per capita, obedecendo o que estabelecia a Lei n. 8.080/1990. Assim, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, o qual tornou-se a estratégia central para mudar o modelo assistencialista e promover a universalidade no acesso aos serviços de saúde. (PINTO, GIOVANELLA, 2011) Importante passo para garantir um efetivo cumprimento daquilo idealizado pelo SUS que busca justamente a descentralização, regionalização, universalidade e equidade.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde publicou o marco da consolidação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, por meio da Portaria n. GM/648. E o Programa Saúde da Família foi transformado em Estratégia de Saúde da Família que estava disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (PINTO, GIOVANELLA, 2011) A família se torna o centro da Atenção Básica, os atores na execução dessa política foram divididos em equipes que atuaram por regiões e passaram a ter maior contato com a população, isso permitiu uma maior cobertura.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) ao apresentar o PNAB em 2012, afirma que a atenção básica é um conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, que promovem e protegem a saúde, previne agravos, realiza o diagnóstico, tratamento, reabilitação,

redução de danos e a manutenção da saúde com foco em uma atenção integral que modifique a situação de saúde da sociedade.

O PNAB apresentado em 2012 apresenta a infraestrutura necessária para o funcionamento da atenção básica, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as quais devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente. Existe um manual de infraestrutura feito pelo Departamento de Atenção Básica que recomenda que as UBSs devem conter consultório médico/ enfermagem, odontológico, sanitário, sala multiprofissional de acolhimento das demandas espontâneas que surgirem, sala administrativa e de gerência, sala de atividades coletivas para os profissionais de atenção básica, além de recepção, local para a documentação, sala de procedimentos, vacinação, área de dispensa para os medicamentos, sala de armazenagem de medicamentos, sala de inalação coletiva, coleta, procedimentos, curativos, observação. Orienta também, sobre as Unidades Básicas Fluviais.

Há também no documento disponibilizado pela SAPS orientações sobre as estratégias de gestão envolvendo o atendimento, a educação e o papel dos profissionais responsáveis por atender na atenção básica, para promover o melhor acolhimento ao paciente. Também define as equipes de Saúde da Família transitória de acordo com o quantitativo populacional, cidades com até 20 mil habitantes, por exemplo, devem possuir de uma a três equipes de Saúde da Família e pode possuir até duas equipes transitórias.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é bastante mencionado quando falamos sobre Atenção básica ou Primária. O objetivo do NASF é ampliar o alcance das ações. Em vista disso, as equipes são compostas por diversos profissionais. Outra contribuição feita pela PNAB é o Programa Saúde na Escola, criado em 2007, que compõe uma parceria entre Ministério da Saúde e Educação para proporcionar a integralidade da saúde de crianças e adolescentes pela prevenção, diagnóstico, recuperação e formação.

A Portaria n. 2436, com a Nova Política Nacional de Atenção Básica, em setembro de 2017, nota-se em seu artigo 3º o reforço aos Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde, entre eles a universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade. Já em seu artigo 7º exterioriza sobre as responsabilidades de todas as esferas de governo, no inciso II destaca o apoio e estímulo à Estratégia Saúde da Família, como prioridade para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica. Em seu inciso V assegura ao usuário o acesso universal às ações e serviços de saúde do SUS. Além disso, descreve que pode ocorrer a suspensão do repasse dos recursos pelos seguintes motivos: inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes, ausência por 60 dias, de qualquer profissional que compunham as equipes descritas, exceto quando estejam impedidas as

contratações de profissionais por lei, e descumprimento da carga horária mínima estabelecida para cada profissional, conforme define o PNAB, e o Sistema de Informação da Atenção Básica não é alimentado.

Outrossim, antes da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovar a PNAB em 2017, essa passou por avaliações de pesquisadores, gestores, associações e conselhos de saúde, foram dois anos de debate. Foram mais de seis mil contribuições através de consulta pública. Ademais houve a análise pelo CIT de 1.086 propostas para verificar o acolhimento das propostas envolvendo a PNAB.

Em harmonia com o relatado, em outubro foi elaborada a Portaria Tripartite e promulgada por Portaria Ministerial n. 2.979/2019 que continha o novo modelo de financiamento da Atenção Primária da Saúde. Os defensores desse novo modelo argumentam que será valorizado a responsabilidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família e outras equipes da Atenção Primária de Saúde (APS), e promove a cobertura real da APS pelo cadastramento, além de melhorar o desempenho e estimular avanços na informatização e qualidade. (RUIZ, MARTUFI, 2019) Todavia, muitas pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade são atendidas pela Atenção Básica, são chamadas de invisíveis sociais, justamente por não possuírem documentos que permitirá o registro dessas pessoas no sistema.

Cristiane Segatto realizou no mês de julho de 2020 uma entrevista pelo UOL com ex-secretário de atenção primária à saúde, Erno Harzheim, onde ele relata que existiam 90 milhões de indivíduos cadastrados nas equipes de Saúde da Família, porém a cobertura poderia ser bem maior, sendo possível alcançar mais de 148 milhões de pessoas. É possível verificar uma exclusão de aproximadamente 60 milhões de cidadãos dos cadastros e dos cuidados primários em saúde.

Todavia, é notório que a realidade envolvendo o novo financiamento da Atenção Primária de Saúde que afeta diretamente a Atenção Básica, principalmente os municípios, é contrária à defendida pelos apoiadores da Portaria n. 2979/2019. Sobre os recursos já foi dissertado os diversos prejuízos causados. Por isso, foca-se aqui na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual sabe-se que é o espírito da Atenção Básica, pois a saúde da família é a sua força motriz. O que acontece é uma descaracterização da ESF, não foram realizados estudos sobre os impactos na população, desigualdades regionais e a sustentação econômica das municipalidades, como assente o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) ao analisar tais mudanças, ficando impossível dimensionar os impactos dessa descaracterização.

Ademais, é errôneo afirmar que as equipes de Saúde da Família atendem mal aqueles que contidos em sua cobertura ou deixam milhões de brasileiros excluídos. Afinal,

deve-se destacar a ausência de infraestrutura, equipamentos e funcionários suficientes para desenvolvimento das atividades das Equipes de Saúde da Família. O problema não é o cadastro e a falta de cobertura, mas a ausência de profissionais e materiais adequados para atender esses cidadãos.

Em março de 2020 foi decretada a pandemia do Covid-19. O mundo parava diante da maior crise sanitária desse século que espalhou medo e incertezas pelos países. No Brasil, de acordo com a assessora do CONASEMS, muitos casos graves ou mortes poderiam ser evitadas, caso os gestores em todos os entes federativos voltassem para a Atenção Básica que é a porta de entrada do SUS. Afinal, a sua capilaridade é importante, pois conhece cada comunidade e família e a realidade daquele local. Ademais, acompanha os grupos de maior risco, grupos prioritários por outras comorbidades de saúde. E assim, essa proximidade abriria portas para que orientações fossem ouvidas no início, por exemplo, fique em casa, use máscara, se tiver febre, falta de ar, tosse, e outros sintomas característicos da Covid-19 procure um médico.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em sua Revista Poli, saúde, educação e trabalho, exhibe o exemplo de Rio Verde localizado em Goiás, onde foi reestruturado a Atenção Básica, criando um consultório isolado para atender suspeitas de Covid-19, realizou a estruturação das farmácias em cada unidade de saúde para ajudar na entrega de medicamentos para tratamento dos sintomas da Covid-19. Ademais, adquiriram uma ambulância para ajudar na movimentação de pacientes contaminados com sintomas moderados e graves.

Desse modo, a Atenção Básica é essencial para combater a pandemia, principalmente em momentos críticos como os atuais. Sem ela não teríamos ações preventivas, orientações, assistências e encaminhamentos mais ágeis para os especialistas. Porém, poucos municípios não buscaram colocar a atenção básica na linha de frente para combater o coronavírus, na verdade, procurou-se ampliar leitos de terapia intensiva e adquirir equipamentos.

2.2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O FEDERALISMO BRASILEIRO

Soares e Machado, autores do livro “Federalismo e Políticas Públicas”, fazem uma retrospectiva sobre o federalismo no Brasil. O federalismo teve início com o decreto de Proclamação da República Federativa no Brasil. Essa federação foi criada a partir de um Estado unitário, e se concretizou pela descentralização política.

No entanto, para compreender o federalismo é necessário falar sobre cada tipo e seus momentos históricos, conforme expõem Soares e Machado. Na Primeira República o federalismo era caracterizado por instituições formais inspiradas nas Estadunidenses, descentralização política e fiscal, pelas oligarquias rurais, São Paulo e Minas Gerais que dominavam o Governo central e monopolizavam a política e economia, formando o chamado federalismo oligárquico.

A Era Vargas foi marcada por dois tipos de federalismo, o centralizado que aumentou os relacionamentos intergovernamentais do governo central e possuía uma política mais centralizada. E o formal, que possuía uma descentralização fiscal e colocou fim ao autogoverno estadual. Após esse período entra-se na chamada República Nova, onde ocorre o restabelecimento do autogoverno estadual, permanece a descentralização fiscal que adota transferências intergovernamentais e fortalece os municípios. Todas essas alterações compõem o federalismo democrático ou efetivo.

A Ditadura Militar provoca uma reviravolta política e uma série de retrocessos, as quais assombram a história brasileira até os dias atuais. Ocorre também nesse período a mudança do federalismo que volta a ser formal, assim como no Estado Novo ou Ditadura de Getúlio Vargas. Dessa forma, ocorre novamente o fim do autogoverno estadual, com uma diferença do período de Vargas que é a centralização fiscal e administrativa.

A segunda fase do federalismo democrático iniciou com a eleição de Tancredo Neves, e foi consolidada com a promulgação da Constituição Federal de 1988. O federalismo adotado e que permanece até os dias atuais é composto por três níveis de governo, autônomos e interligados. Existe também um processo de descentralização territorial, o qual é confundido com a redemocratização.

Essa descentralização territorial levou a divisão dos recursos que cada ente federativo deveria investir na saúde, estados, municípios e União passaram a ter valores mínimos definidos por lei a serem investidos.

Em 13 de setembro de 2000 temos a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, responsável pela fixação desse um mínimo inicial referente aos recursos aplicados na saúde. No início os estados e municípios tinham que aplicar 7% da arrecadação. Já em 2012, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, que delimitou que os gastos com saúde eram despesas com ações e serviços públicos de saúde. Dessa forma, ao longo dos anos os entes federativos tiveram suas funções e valores de financiamento da saúde alterados. O que afetou a quantidade de recursos e qualidade dos serviços.

Diante de tudo isso, nota-se que saber o que é federalismo, e como ele é aplicado no panorama brasileiro é crucial. Pois as competências do SUS são organizadas de acordo com os entes federativos. Outrossim os recursos e o percentual que é responsável União, estados, Distrito Federal e municípios também.

Notabiliza aqui que o federalismo envolvendo a questão das políticas públicas de saúde, principalmente o SUS, é o chamado federalismo sanitário. Destaca aqui, a importância das políticas públicas para o cumprimento do direito a uma saúde gratuita, universal e de qualidade, conforme dispõe a Constituição Federal. Em vista disso, as políticas públicas de saúde seriam diretrizes do SUS. (LEÃO, 2012)

Porém, há incoerências nas dimensões fiscais e administrativas, mesmo descentralizando recursos, não houve uma definição exata da competência de cada ente federativo dentro das políticas públicas, as quais tinham competência concorrente, como, por exemplo, a saúde. Esse fato provocou injustiças, afinal abriu espaços para negligências. (SOARES, MACHADO, 2018)

Isso é mais notório em 2020, como já apresentado, o Governo Federal questionou a competência dos estados, Distrito Federal e municípios na tomada de decisões envolvendo medidas sanitárias, como distanciamento social, Lockdown, máscara que estavam sendo executadas nos municípios, por exemplo, por meio de decretos. A União queria ser a responsável por decidir quais questões poderiam ser acatadas ou não em todo território nacional. Todavia, usando o conceito de competência concorrente, descentralização e regionalização o STF confere autonomia aos demais entes federativos na tomada de decisões.

Desse modo, a descentralização e a regionalização são diretrizes do SUS, porém como visto há divergências, sendo agravadas pelo processo de regionalização que iniciou com após os municípios terem evidência. Tal relevância municipal ganha força com a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, sendo preciso ser controlada por outra NOB em 1996. Essa autonomia municipal promoveu uma posição de autodefesa, assim não há uma verdadeira cooperação, como consequência acontecem desigualdades territoriais e outras perdas. (JACCOUD, VIEIRA, 2018)

Cada lugar possui sua realidade, peculiaridade, um país tão extenso como o Brasil é ingênuo pensar em uma política centralizada. A União não teria capacidade de administrar com base na equidade a realidade da saúde pública, o que aconteceria seria o aumento da desigualdade social em áreas mais afetadas, por não ter condições de conhecer toda a realidade.

Todavia, mesmo com os princípios e diretrizes ainda há problemas de décadas passadas que ainda permanecem, mesmo após diversas leis, diretrizes, portarias, decretos e

orientações. Os problemas continuam e se intensificaram com os anos, dificultando o acesso a serviços básicos de saúde. Exemplos disso, são as filas frequentes, tempo longo de espera para realização de consultas, escassez de recursos financeiros, profissionais e materiais, ausência de leitos, falta de participação e influência da sociedade civil e Conselhos de Saúde na organização e formulação de ações, políticas e estratégias. (RAMOS, 2017)

Nota-se que apesar das garantias constitucionais, das normas infraconstitucionais legislando sobre a temática, ainda sim na prática a realidade é outra. Para identificar o problema envolvendo questões como longas esperas, falta de profissionais é preciso olhar quais fatores contribuem para que situações como essa continuem ocorrendo.

Nesse cenário, é importante a União uniformizar ações para todo território nacional, e os estados e municípios adaptem de acordo com a individualidade regional e local. Porém, a dependência dos recursos da esfera federal, quebra todo o conceito federativo, afinal o que se preza é a autonomia dos entes subnacionais para tomar decisões e gerir suas ações. (RAMOS, 2017)

A resposta para esse antagonismo entre o texto constitucional e a realidade federativa do país deve-se a descentralização conflituosa que existe, que provoca o desequilíbrio. Sendo necessário uma descentralização articulada, planejada, cooperativa para contribuir com o desenvolvimento e igualdade da condição de vida dos cidadãos e evitar uma nova centralização de recursos que seria um retrocesso para o Estado brasileiro. (RAMOS, 2017) Sendo a centralização algo que parece agradar os olhos do atual Presidente do Brasil que diversas vezes defende ser da União a competência para definir sobre ações, principalmente na pandemia envolvendo o sistema de saúde.

2.2.1 Saúde e Pacto Federativo

Conforme exposto, o Estado brasileiro é organizado pela federação, composta por União, estados, municípios e o distrito federal, os quais são autônomos, mas possuem uma parceria indissolúvel. Diante disso, o pacto federativo é um conjunto de dispositivos constitucionais que correspondem a moldura jurídica, as obrigações financeiras, arrecadação de impostos e como cada ente federativo deve atuar. (SENADO FEDERAL, 2015)

No entanto, a organização dos entes federativos, a autonomia dos governos de cada uma das três esferas e a não diferenciação dos entes federativos torna difícil o desenvolvimento do sistema de saúde e a organização da rede do SUS. A situação fica mais complexa quando os

municípios, antes agentes, viraram atores principais do SUS. Há uma dificuldade na oferta e de solucionar dentro do tempo adequado das ações e serviços desenvolvidos na área da saúde.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil é o quinto maior país do mundo em território. Já um censo realizado em 2018 pelos Estados Unidos e divulgado pelo site da *Época Negócios*, mostra o Brasil também em quinto lugar em números populacionais com aproximadamente 209 milhões de habitantes. Assim, pode-se afirmar que o Brasil possui um tamanho continental, mas é formado por cidades pequenas. Segundo estudos feitos pelo IBGE em 2016, 80% do território brasileiro era composto de cidades com menos de 30 mil habitantes.

Tais informações ganham relevância para a saúde pública quando analisamos a situação financeira de cada uma dessas cidades pequenas, a maioria é dependente de repasses federais para sustentar seu sistema de saúde. (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2017)

O financiamento da saúde pública no Brasil possui um grande desafio pautado pela complexidade envolvendo o sistema de saúde, as demandas atuais e futuras que surgiram, a descentralização de responsabilidade, o endividamento estatal e sua limitada atuação.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), conhece todas essas problemáticas e defende a necessidade de um novo Pacto Federativo. A justificativa é pautada nos problemas acima apresentados que podem ser resumidos na ausência de capacidade de financiamento diante das responsabilidades que têm os gestores, o que limita a eficiência de atuação. Os gestores estaduais defendem uma reforma que disponha entre as três esferas de governo de forma justo os recursos, observe as distorções tributárias que concentrações econômicas causam em regiões específicas. (CRUZ, 2019)

O economista Carlos Ocké afirma que quando o governo anuncia uma reforma tributária que desconfigura o orçamento da Seguridade Social e continua com o teto de gastos, esse defende a austeridade fiscal e menores gastos sociais. Porém, deveria defender uma mudança na política econômica para voltar a crescer e aumentar a arrecadação. Afinal, o atual cenário encarece os serviços privados de saúde, reduzem gastos públicos, pioram a condição de vida da população diante do desemprego e estagnação econômica.

O que preocupa são propostas como a Emenda Constitucional 95 que provoca a austeridade fiscal, contingenciamento de recursos que reduz em bilhões o investimento em áreas como a saúde pública. Ou, também, propostas como a PEC do Novo Pacto Federativo e a PEC Emergencial que ressurgem em 2021 durante a pandemia que provocou o colapso do sistema de saúde e causou a morte de milhares de brasileiros, em um período delicado.

A proposta da PEC Emergencial é revogar os valores mínimos que devem ser investidos em educação e saúde, os quais foram responsáveis pela criação do SUS, na educação só foi revogado duas vezes, durante a ditadura Vargas em 1937 e ditadura militar em 1964. (CARRANÇA, 2021) O que acontece é que se aprovada o legislativo federal, estadual e municipal todos os anos passam a definir quais os valores destinados para saúde e educação que competiram com outras áreas, os recursos já reduzidos serão mais ainda. Afinal, os estados, por exemplo, sofreram sanções caso não implantem o pacote de restrições para conter gastos. (G1, 2021) O Governo Federal utiliza o argumento que para aprovar o auxílio emergencial, importante ajuda para aqueles que estão desempregados, na pobreza e extrema-pobreza, precisa colocar fim a esse gasto obrigatório.

Já a PEC do Novo Pacto Federativo, assunto recorrente desde 2019, busca justamente modificar as distribuições de recursos entre União, estados e municípios, e, os vínculos obrigatórios no orçamento, como o gasto mínimo obrigatório. (RIVEIRA, 2020) Em 20 de agosto de 2019, Paulo Guedes, Ministro da Economia, reunião com os Líderes do Senado da época para discutir a nova proposta de pacto federativo. É apontado que esse novo pacto desobriga o governo a trazer na sua Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), verbas para a saúde, educação e outras áreas sociais, além de não precisar reajustar anualmente o salário-mínimo. (CONDSE, 2019)

Sobre a PEC do Novo Pacto Federativo, um ponto que ainda não foi mencionado é que essa proposta também defende extinguir municípios de até 5 mil habitantes até junho de 2023, incorporando em outros municípios com maior sustentação financeira podendo ser incorporado até três municípios em outro, isso provoca a incorporação de aproximadamente mil e duzentos cidades.

O Portal de notícias G1, trouxe estampado como título de uma notícia em janeiro de 2020, meses antes de iniciar a pandemia que “Relator do pacto federativo defende fim de piso para gastos em Saúde e Educação.” O argumento do Senador Márcio Bittar era de “devolver” aos vereadores o poder de decisão. Porém os municípios, como foi exposto aqui, dependem em sua maioria de recursos da União, além disso o que se defende são ações coordenadas entre os entes federativos. Para tornar o quadro mais conflituoso, o senado decidiu em 2021 agregar a PEC Emergencial, a PEC do Pacto Federativo e a cláusula de calamidade em uma só proposta chamada PEC 186. (COSTA, 2021)

É preocupante acontecer essas discussões envolvendo modificação dos recursos públicos durante todo o caos vivido. Em um colóquio realizado em 28 de abril de 2021, pela ABRASCO, o Governador do Estado do Maranhão, Flávio Dino, afirmou que não foram

distribuídos insumos para a saúde. Já o prefeito de Manaus, Arthur Virgílio, desabafou que estava precisando de tomógrafos para detectar impurezas dos pulmões EPI 's.

Esses relatos revelam uma preocupante realidade, sem uma atuação conjunta com a União, estados e municípios não conseguem superar a crise sanitária provocada pelo covid-19. Todavia, o que acontece na prática é um comportamento destoante entre argumentos dos gestores municipais e estaduais e o Governo Federal. (SANTANA, 2021)

Afinal, o que se buscava era uma divisão justa de papéis e recursos pautados na cooperação envolvendo os entes federativos e redução de concentração econômica, porém foi proposto uma redução de orçamentos, ajustes fiscais e desvinculação de recursos e obrigações.

2.2.2 Federalismo Fiscal e Financiamento da Saúde.

A Constituição Federal em seus artigos 153 a 156 define sobre os impostos competente a cada ente federativo, vão desde impostos sobre produtos estrangeiros a propriedade predial e territorial urbana. Esses impostos compõem a receita pública que são responsáveis pela contrapartida do estado à coletividade, ou seja, é a arrecadação desses impostos que pagam os gastos do Estado.

Mascarenhas discorre que essa dinâmica é devido a complexidade das relações da federação, sendo necessário uma estruturação das funções que são essenciais para o funcionamento do Estado, como autonomia financeira, segurança jurídica interestatal e para os particulares, eficiências de gastos e integração.

Além disso, Wallace Oates afirma que o federalismo com base na descentralização é pautado pelo bem-estar social que promete mais eficiência na distribuição de recursos no setor público. Sabe-se que a descentralização é uma característica do federalismo brasileiro. Sendo a federação como visto anteriormente, adotada na Proclamação da República, e na Constituição de 1988 foi colocada como cláusula pétrea (não pode ser alterada). (CONTI, 2020)

Já o federalismo fiscal desse país é repressivo, em relação a gestões ruins que desobedecem às normas financeiras presentes na Constituição Federal. O Gestor pode deixar de receber transferências voluntárias como punição, tudo isso normatizado na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF 101/2000), conforme apresenta Mascarenhas.

Nessa toada, a Constituição Federal apresenta duas modalidades de competência envolvendo a autonomia financeira dos entes federativos, tributária e a financeira. Enquanto uma é responsável pela tributação, a outra é o direito de participar do produto da arrecadação. No entanto, existe dificuldades no compartilhamento de recursos quando se refere ao sistema

de saúde pública, que foi aumentada durante o período pandêmico da covid-19. Isso ocorre, pois como dito o federalismo brasileiro é conflituoso, é necessária uma verdadeira cooperação entre a União, estados e Municípios. (CONTI, 2020)

Todos esses fatos são conhecidos por todos, mesmo assim, existe um estresse sobre a forma que ocorre a gestão no Brasil, o que foi piorado pelo autoritarismo, falta de apoio do Governo Federal que recuou das suas funções, como divulgar informações (Princípio da Publicidade), apoio aos estados e municípios (cooperação), administrar as compras de insumos para produção de vacinas em território nacional e materiais para atender os pacientes doentes pela covid-19. O que resultou em um grande caos, colapso de sistemas estaduais, um número alto de mortes, informações mostradas pela pesquisa “Novo Federalismo no Brasil? Tensões em Tempos de Pandemia de COVID-19, tema da pesquisa desenvolvida pela FIOCRUZ para entender todo o quadro brasileiro.

Mas qual a importância do Governo Federal? Países tão heterogêneos e diversos como o Brasil, precisa de um Governo centrado, onde a união deve assumir a coordenação do processo descentralizado, corrigindo divergências, dificuldades institucionais, criar incentivos que induziram o desenvolvimento econômico, afinal conforme exposto por Amartya Sen para a economia crescer é importante investir no bem-estar da sociedade e em direitos sociais. Ademais é papel da União redistribuir recursos financeiros, reduzir desigualdades, entre outros papéis que contribuíram para o bom funcionamento dos estados e municípios, como bem observa Luciana Lima, professora da FIOCRUZ.

Luciana Lima também destaca que a União usou diversos mecanismos para restaurar as receitas tributárias e controlar o déficit (maior número de despesas em relação a receita), dos demais entes subnacionais, porém promoveram impactos negativos para o financiamento da saúde pública, reduzindo recursos e austeridade fiscal. Áreas como a Atenção Básica tiveram uma redução orçamentária significativa e uma descaracterização das estratégias, políticas e ações desenvolvidas por ela.

2.3 Impactos da política de contingenciamento e da pandemia da Covid-19.

A Emenda Constitucional 95/2016, faz parte das políticas neoliberais que buscam promover o chamado ajuste fiscal, o qual justifica-se no déficit do orçamento Estatal e na crise econômica. As consequências são, como mostrado, a redução de recursos que provoca impactos negativos gigantescos na saúde e educação.

A Atenção Primária de Saúde conforme dados apresentados tinha estimativa de perda entre 2018 a 2020 de vinte bilhões de reais em recursos. O valor é mais assustador quando avaliado o impacto do prejuízo estimado para o SUS nas próximas duas décadas, que é de 400 bilhões de reais. Ao refletir sobre isso em fevereiro de 2019 o Conselho Nacional de Saúde reuniu em São Paulo para tentar articular contra essa política de contingenciamento. Outro fator que entrou no debate foi a portaria 2992 de 2017 que alterou a forma de aplicar os repasses do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais envolvendo a Atenção Básica, intensificando as derrotas envolvendo a saúde pública.

O CNS foi avante, em março de 2020 entregaram ao Superior Tribunal Federal (STF) o documento que relata as violações de direitos individuais e coletivos e os diversos problemas sociais acarretados, principalmente com a chegada da pandemia naquele momento, algo que realmente ocorreu quando olhasse meses à frente.

O argumento utilizado pela CNS é que a economia precisa que sejam investidos em políticas sociais e ambientais, afinal o desenvolvimento social de um país está interligado com o crescimento econômico dele, algo já provado por Armatya Sen, colaborador para a criação do IDH.

Para entender os verdadeiros impactos é preciso ser prático, mais de 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS, assim reduzir recursos da saúde seria reduzir a quantidade de Unidades de Básicas de Saúde, as cirurgias, remédios, transplantes, o SUS aos poucos deixaria de existir na sua integralidade. A área que sofre mais com essas mudanças é a Atenção Básica que soluciona 80% dos problemas de saúde. (REINHOLZ, 2018)

Porém a situação se agravaria mais. Em fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil. O homem de 61 anos, retornou da Itália com o vírus, apresentou falta de ar, tosse e desconforto peitoral. No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). O mundo todo parou nesse dia, viveu-se as primeiras medidas de distanciamento social, ruas vazias, escolas, universidades, empresas, aeroportos, lojas, todos vazios, era assim que se configurava o novo normal.

No dia 31 de dezembro de 2020, o Brasil contabilizou 194.976 mortes e 7.675.781 de casos de coronavírus desde o início da pandemia, além disso, registrou neste dia 1.036 mortes por Covid-19, dados apresentados pelo Portal de Notícias G1.

Reforça aqui o posicionamento da Fiocruz para enfrentar a crise, é preciso criar planos de contingenciamento para os diferentes cenários da pandemia, acompanhamento dos casos de infecção moderados, distribuir testes e rastreamento de contato, por fim investir na

Atenção Primária para prevenção, acompanhamento de casos e fomento a informação para a população local. (OLIVEIRA, 2021)

Seria necessário o apoio e a formulação de estratégias para integração e aperfeiçoamento para integrar as gestões federais, estaduais e municipais. Assim se torna menos complexo o desenvolvimento de planos de contingenciamento. Além disso, se torna prioritária a capacitação de profissionais de saúde, em especial da Atenção Básica, que terão os primeiros contatos com casos de Covid-19 e realizaram o acompanhamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), seria responsável por justamente integrar e aperfeiçoar a relação entre os gestores federais, estaduais e municipais, a formação e qualificação dos profissionais. Entretanto, a responsável pela secretaria é Mayra Pinheiro, hoje apelidada de “Capitã Cloroquina”, a qual está mais preocupada com ampliação da aplicação de cloroquina. A revista Piauí, em reportagem divulgada em junho de 2020, mostra que Mayra afirmou ser “crime contra a humanidade” não dar cloroquina a pacientes de Covid-19.

A cloroquina e hidroxicloroquina são usados no combate de doenças como lúpus e artrite reumatoide. A hidroxicloroquina tem efeito imunomodulador, aumentando a resposta imunológica contra microorganismos, sendo usada em doenças autoimunes. Possui efeitos colaterais, fadiga, alterações cardiovasculares e neurológicas, distúrbios de visão, irritação, entre outros, por isso deve ser tomado quando receitado por um médico. (GRANCHI, 2020) No entanto, para a Covid-19 já ficou claro sua ineficácia, vários estudos foram feitos. Destaca aqui o estudo desenvolvido pela OMS em mais de 30 países, o “Solidarity Therapeutics Trial”, 1.253 mortes foram registradas entre os 11 mil 266 adultos que participaram, o estudo apontou a hidroxicloroquina e cloroquina como ineficazes no tratamento contra Covid-19. (UOL, 2020)

É irrefutável que o incentivo no uso desses medicamentos provocou impacto em outras doenças, quando é mostrado, por exemplo, o diagnóstico tardio, dificuldade de acesso a medicamentos, falta de assistências e subnotificação dos casos de pessoas com doenças crônicas e patológicas. Dados levantados pela BioRede Brasil mostram que 95% de pacientes reumáticos usam a hidroxicloroquina. Remédio que foi incentivado o uso em pacientes com Covid-19 mesmo sem comprovação científica da sua eficácia, até por gestores públicos. A desinformação da população provocou um impacto enorme na vida dessas pessoas, 65% antes da pandemia nunca tiveram dificuldade para acessar o medicamento, hoje 84% não encontram o remédio com facilidade. (CNS, 2020)

Desse modo, insistir em um tratamento com remédios que não são eficazes, isso sim, seria um crime contra a humanidade. Incentivar médicos a realizar o uso, a população a

solicitar o remédio, é um completo absurdo. Paciente não é cobaia para médico, estudos científicos possuem todo um procedimento para manter a seriedade dos resultados. Se não há comprovação de eficácia, um governo insistir em investir nesse medicamento, e não em medidas e ações que realmente vão combater a pandemia é tolice e um ato ignorante.

A falta de preparo, o negacionismo junto com a pandemia trouxe a iminência de um colapso do sistema de saúde pública, devido à sobrecarga. Afeta inclusive outros casos, como tratamento cardiopata oncológico e acidentes, impedindo que esses casos também tenham tratamento adequado, em muitos casos levando à morte. (OLIVEIRA, 2021)

Se ocorresse um colapso na saúde brasileira prejudicaria a vida de milhões de pessoas, afetaria os doentes de covid-19, e, o tratamento de enfermidades no geral. Além disso, a ameaça seria global. O pior cenário é a superlotação que os hospitais pelo aumento de caos, potencializado pelas falhas governamentais na contenção da pandemia, espalhando notícias falsas, exaustão dos profissionais e falta de insumos (OLIVEIRA, 2021) A situação é mais complexa quando redes sociais oficiais de autoridades espalham essas desinformações.

Além disso, há aumento de casos nas cidades menores promovendo preocupação, não há UTI nesses locais. Há uma dificuldade de acessá-las nas cidades maiores, pois existem longas distâncias entre o interior com as capitais. É possível verificar esses fatos pelos indicadores que mostram que 36% das pessoas morreram por Covid-19 sem acessar as UTIs. (FIOCRUZ, 2020)

Por fim, Fiocruz escreve uma nota técnica no final de 2020, alertando que o quadro poderá ser agravado, pela circulação maior de pessoas, dificuldade de identificar casos provocada pela pouca testagem, relaxamento das medidas de distanciamento social, uso de máscaras e demais cuidados. Pode ocorrer uma busca por assistência especializada ao mesmo tempo em metrópoles e cidades do interior, e por conseguinte o colapso do sistema de saúde.

03- A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MOSSÂMEDES

O município de Mossâmedes está localizado no estado de Goiás, com uma população de aproximadamente 04 mil e 300 habitantes, com um índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,706, dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município se destaca pela região turística e seu patrimônio histórico-cultural, especialmente pela Igreja Matriz de São José que está ligada com os mais de 240 anos de existência dessa pequena cidade. Ademais, possui um riquíssimo bioma do cerrado, sendo cercada pela Serra Dourada, a cidade está localizada a 145 quilômetros da capital, Goiânia.

Segundo informações extraídas do site da prefeitura municipal de Mossâmedes retrata a história desse município que teve como habitantes os povos indígenas Akroás e Naundós, Kaiapós, os quais foram escravizados por Dom José de Almeida Vasconcelos Several de Carvalho, Barão de Mossâmedes, governador da capitania de Goyaz. A cidade foi emancipada politicamente no dia 14 de novembro de 1953, pela Lei Estadual nº 772 que criou o município de Mossâmedes.

Ao analisar os demais dados disponibilizados sobre Mossâmedes pelo IBGE, verifica-se que o município possui uma média salarial de 1,6 salários-mínimos por habitante. Outrossim, possui uma taxa de escolaridade entre 06 (seis) e 14 (quatorze) anos de 99,2% possuindo valores altos no Índice de Desenvolvimento da Escola Básica (IDEB), o município possui somente escolas públicas. Na área da saúde pública verifica-se que o percentual de mortalidade infantil é de 21,74% por mil nascidos vivos, conforme dados averiguados em 2017. A média nacional de mortalidade infantil no mesmo ano foi de 12,4% óbitos a cada mil nascidos. (BÔAS, 2017). Observa-se também que apenas atendimentos odontológicos são fornecidos de forma pública e privada, sendo todos os demais atendimentos ligados à saúde somente públicos.

Segundo levantamento feito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui duas Unidades Básicas de Saúde, UBS- Dioran Borges e UBS- João Jesus de Sá, um posto de saúde localizado no distrito de Mirandópolis, um hospital, chamado Hospital Municipal Dona Sinhá e uma Academia de Saúde, sendo todos de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representada atualmente pela secretária, Leila Maria Caetano de Almeida Adorno que gere toda estrutura da saúde municipal, e, consecutivamente o Fundo Municipal de Saúde, conforme exposto no portal da transparência do município.

O município não possui um Plano Municipal de Saúde, o qual inclusive foi solicitado pela Promotoria de Justiça da Comarca de Mossâmedes no relatório de avaliação das audiências públicas realizadas no primeiro semestre do ano de 2019, como pode ser observado na página 60 que ressalta ser esse um instrumento central do planejamento e orientações iniciais do gestor no Sistema único de Saúde (SUS).

A elaboração e atualização periódica do plano de saúde é uma atribuição feita a União, Estados, Distrito Federal e os municípios, conforme evidenciado pela Lei n. 8.080/90 em seu artigo 15, inciso VIII. Ademais no mesmo artigo, porém no inciso X, é exposto que as propostas orçamentárias do SUS, devem estar em conformidade com o plano de saúde.

Potencializado a isso é necessário destacar as diversas reclamações e sugestões feitas pela população nessas audiências públicas envolvendo a gestão da saúde pública e os serviços oferecidos pela SMS.

Algumas reclamações e sugestões realizadas nas audiências públicas em 2019 e narradas no relatório feito são iniciar o programa de saúde bucal no distrito de Mirandópolis, o mau atendimento feito pelos profissionais de saúde e ausência de médico no distrito de Mirandópolis. Tais reclamações continuaram no segundo semestre de 2019, como é mostrado pelo trabalho de conclusão de curso elaborado pela discente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás (UFG), Odaleska Rodrigues Machado, sobre a perspectiva do usuário sobre o serviço de saúde prestados em Mossâmedes, houve diversas reclamações envolvendo os profissionais de saúde, o atendimento feito, e até a qualidade do serviço ofertado à população, conforme mostrado pelos relatos presentes nas páginas 38 a 40.

A gestora municipal da saúde durante as audiências públicas em 2019 respondeu aos questionamentos informando que foram realizados mais de 500 atendimentos em cada uma das UBSs e aproximadamente 900 atendimentos no Hospital Municipal Dona Sinhá, e, acrescentou que diversas doenças ocorrem no município pelo fato da água não ser tratada, afinal, o município não possui saneamento básico. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2019)

Observa-se que, de acordo com o portal da transparência de Mossâmedes, a administração pública já havia aplicado no sistema de abastecimento de água de Mossâmedes 3.260.064,95 em 2016/2017 e 2.584.838,10 em 2017, porém a água que chega às torneiras de todos os moradores continuou sem tratamento. Assim, mesmo após aplicar quase 6 milhões em obras no abastecimento municipal a cidade permaneceu sem saneamento básico.

A Atenção Básica possui destaque no município, pois trata-se de uma cidade de pequeno porte. Assim, a maior parte dos atendimentos de alta complexidade é encaminhado para Goiânia e outras cidades maiores. Diante disso, é necessário compreender a dimensão dos

atendimentos realizados pelos profissionais ligados à Atenção Básica com base nos dados disponibilizados pela SMS.

A Secretária Municipal de Saúde divulgou no site da prefeitura municipal relatórios sobre os atendimentos e procedimentos feitos no ano de 2019, os agentes comunitários de endemias ao longo de 04 (quatro) meses fizeram 12.220 visitas. Já o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), no segundo quadrimestre de 2019, realizou na Unidade Básica de Saúde-Dioran Borges, 336 atendimentos fisioterapêutico e 278 atendimentos psicológicos. A academia de saúde atendeu 129 pacientes, sendo 106 mulheres. Ademais, em 2019 o município disponibilizou gratuitamente em parceria com o laboratório local, 1.973 exames somente em 04 (quatro) meses. Por fim, examina-se os dados envolvendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) no segundo quadrimestre de 2019, foram realizados 1.755 atendimentos médicos, o cirurgião dentista realizou 3.574 procedimentos e a enfermeira 586, o total envolvendo todos os profissionais ligados a ESF é de 9.395 atendimentos/ procedimentos realizados.

É notório que a saúde pública em Mossâmedes possui problemas e déficits como o índice de mortalidade infantil quase 10% acima da média nacional, a ausência de um plano de saúde que impede um planejamento maior para preencher as lacunas existentes na saúde pública municipal, como a ausência de profissionais em algumas das unidades de saúde e proporcionar uma maior qualidade no serviço ofertado. Todavia, o município mesmo com tantas dificuldades ainda presta um atendimento que abrange um número grande de habitantes os agentes comunitários de endemias, por exemplo, realizaram somente em 04 (quatro) meses mais de 12 mil visitas, foram feitos gratuitamente pela população quase 02 (dois) mil exames de laboratório, além da Atenção Básica por meio das ações da ESF realizar 9.395 atendimentos e procedimentos a população.

3.1 O Financiamento da Saúde Pública em Mossâmedes Antes da Emenda Constitucional 95/ 2016

A Emenda Constitucional 95, limita os investimentos realizados em políticas sociais, como a saúde, provocando a fragilização de toda a rede de proteção social existente. Com o início da sua vigência em 2017 o gasto primário federal ficou limitado ao montante de gasto do ano anterior sendo reajustado pela inflação acumulada medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). (REINHOLZ, 2018) Os impactos são gigantescos, como já relatado, ao longo dos 20 anos essa política de contingenciamento provocará a perda de 400 bilhões de reais de recursos que seriam investidos no SUS.

O retrocesso promovido pela Emenda Constitucional 95/2016 de um direito fundamental, previsto no artigo 6º, título II da Constituição Federal Brasileira que trata sobre os direitos e garantias fundamentais, sendo um direito social, é no mínimo inconstitucional. (SANTOS, FUNCIA, 2019) O impacto maior é sentido, por exemplo, pelos municípios que passaram a ser responsáveis por 58% do financiamento da saúde junto com os Estados. (CONASS, 2018)

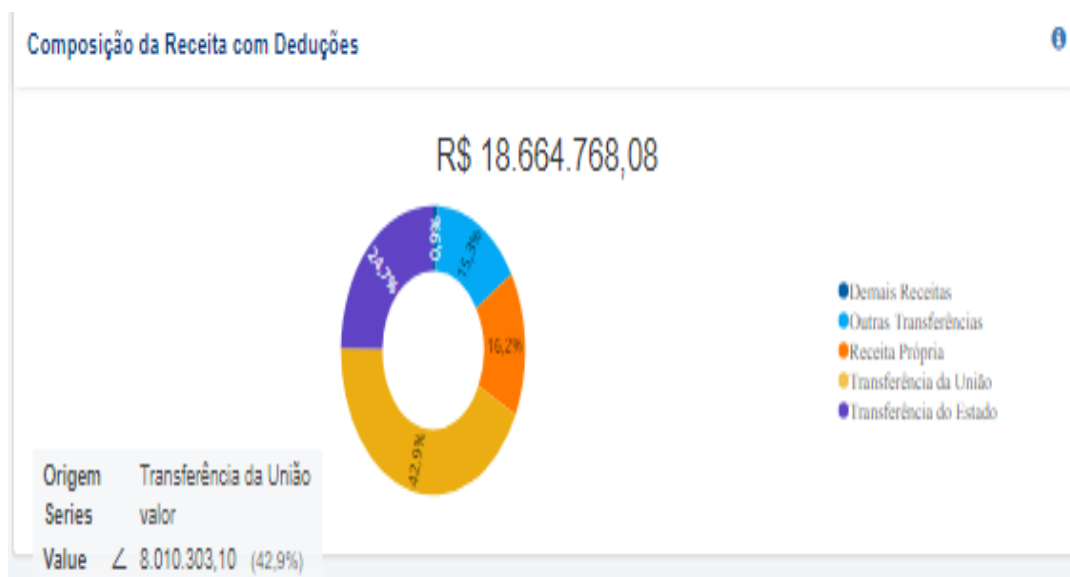
Outro fator que contribui diretamente com alterações sofridas na saúde pública é o fato da Emenda Constitucional 95/ 2016 alterar “matematicamente” o percentual mínimo constitucional da saúde, que deixa de ser 15% sobre o valor da RCL e passa a corresponder ao valor da receita líquida de 2017 acrescido a inflação do IPCA. (SANTOS E FUNCIA, 2019)

Assim, cidades como Mossâmedes passaram a receber menores repasses federais, em vista disso é importante estudar quais os impactos que municípios de pequeno porte sofreram com as mudanças trazidas pela política de contingenciamento. Por isso, o financiamento da saúde da cidade de Mossâmedes passará a ser analisado.

Todavia, para compreender quais os reais impactos no financiamento da saúde, deve-se analisar os dados envolvendo o orçamento antes de entrar em vigência, e, anterior aos reais impactos começarem a ocorrer a serem sentidos. Assim serão avaliados os dados de 2016 quando a EC 95/2016 ainda estava em votação. E no ano de 2017, pois mesmo em vigência, somente em 2018 passou a vigorar o limite de exercício do ano anterior atualizado pelo IPCA. (MORETTI, 2018)

A receita do município com saúde em 2016 foi de 1.165.685,94 reais, dados levantados pelo Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás. A composição das receitas com dedução de transferências feitas pela União corresponderá a 42,9%, conforme pode ser observado no gráfico abaixo:

GRÁFICO 01- Composição da Receita com Deduções em 2016

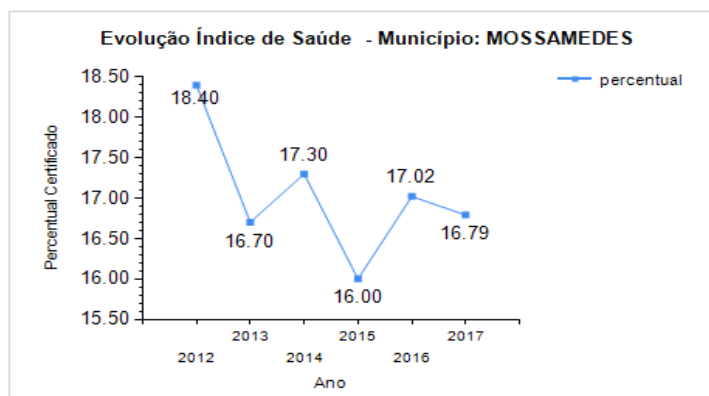


Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2021.

É possível observar que dos mais de 18 milhões da receita municipal, a União foi responsável pela transferência de mais de 08 (oito) milhões de reais. Outra questão que é importante destacar é a porcentagem correspondente a receita própria de apenas 16,2%. Um dado relevante é o índice correspondente ao mínimo constitucional aplicado em saúde, o qual era normatizado pela Emenda Constitucional 29/2000 que sofreu alterações pela Emenda Constitucional 86/ 2015, e correspondia a um percentual que não poderia ser inferior a 15%.

O município de Mossâmedes demonstrou algumas oscilações no percentual mínimo constitucional aplicado em saúde, como é possível notar no gráfico abaixo:

GRÁFICO 02- Evolução Índice de Saúde ano de 2017



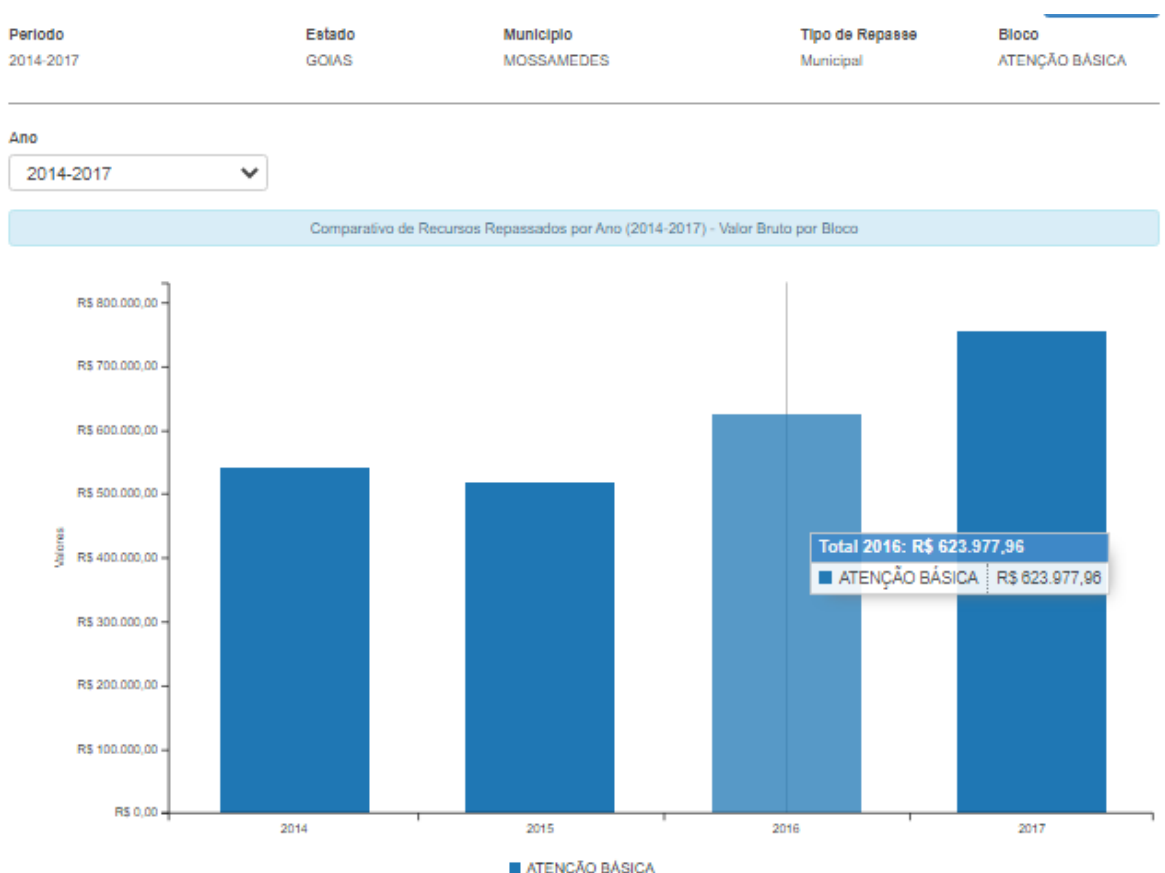
Fonte: SICOM

Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2021.

No gráfico mostra que no ano de 2016 foram investidos 17,02% na saúde, 2,02% acima do mínimo constitucional, já em 2017 com a Emenda Constitucional em vigor foram investidos 16,79%.

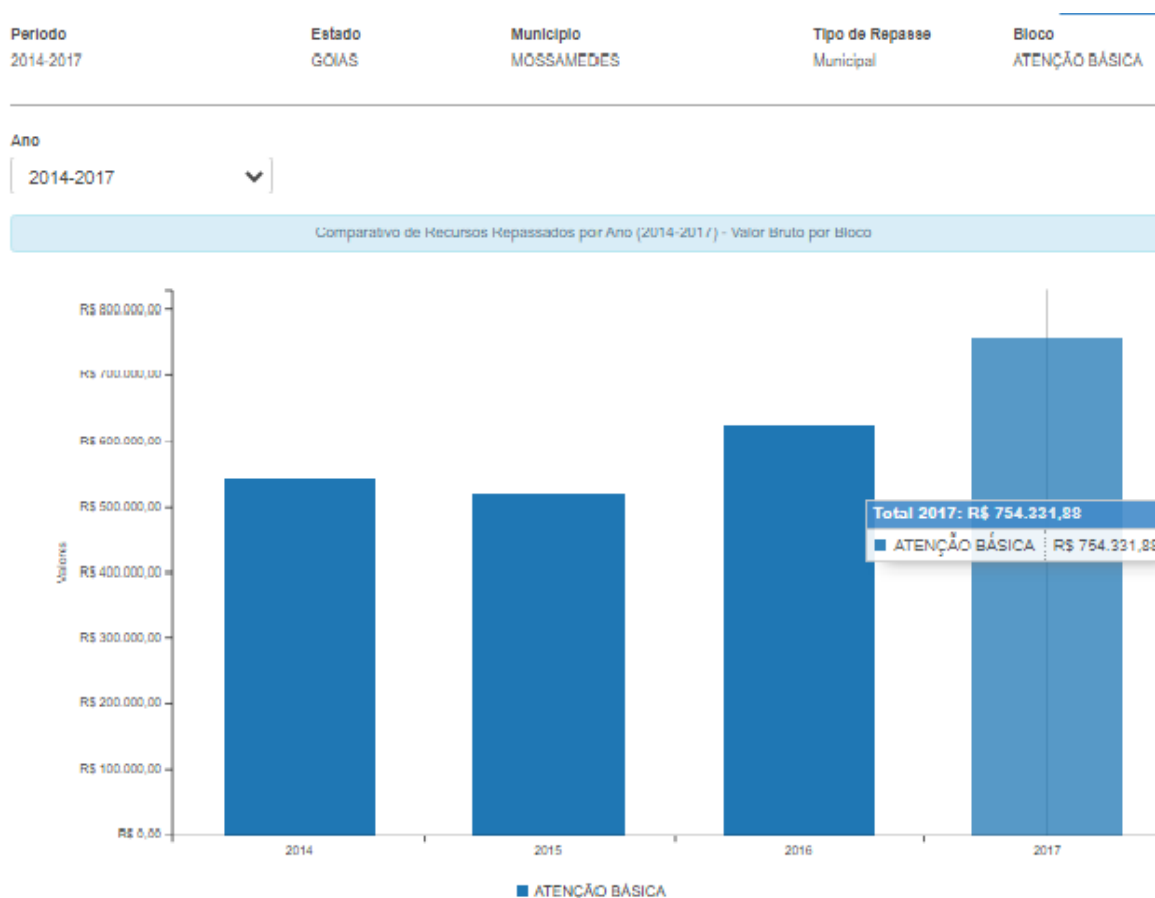
Os gráficos abaixo foram extraídos do site do Ministério da Saúde responsável por acompanhar os repasses feitos pelo Fundo Nacional de Saúde, o qual focou-se aqui somente no bloco correspondente a Atenção Básica:

GRÁFICO 03- Repasses do Fundo Nacional de Saúde para Atenção Básica ano de 2016



Fonte: Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde, 2021.

GRÁFICO 04- Repasses do Fundo Nacional de Saúde para Atenção Básica ano de 2017



Fonte: Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde, 2021.

No ano de 2016 somente a Atenção Básica de Mossâmedes recebeu 623.997,90 reais para investir em ações, projetos e estratégias ligadas a essa área. Já em 2017 o valor foi de aproximadamente 770 mil reais, um aumento por volta de 120 mil reais.

De acordo com a tabela disponibilizada pelo Ministério da Saúde sobre o Fundo Nacional de Saúde os recursos transferidos em 2017 para a Atenção Básica em saúde foram para pagamento dos agentes comunitários de saúde, o Programa da Saúde da Família, teste rápido de gravidez, programa de melhoria do acesso e da qualidade, assistência financeira complementar, saúde bucal, incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde, fortalecimento de políticas ligadas a atuação da estratégia dos agentes comunitários de saúde e o Programa de Saúde na Escola.

O site e-Gestor mostra as informações envolvendo a Atenção Básica no Brasil, por região, estado ou município. No ano de 2016, Mossâmedes com 4.888 habitantes possuía 16

agentes comunitários de saúde cadastrados no sistema, duas equipes de Saúde da Família e nenhuma equipe NASF.

Destarte, as transferências de recursos aos municípios também ocorrem a nível estadual. A cidade de Mossâmedes recebeu somente pelo Programa Saúde da Família em 2016 o valor de aproximadamente 255 mil reais, além disso foram feitos repasses para assistência farmacêutica e para as equipes de saúde prisional pelo Fundo Municipal de Saúde, todos os dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde em seu site.

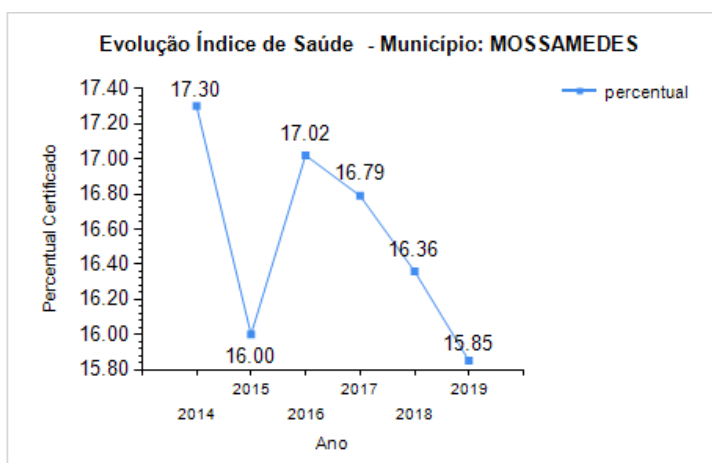
Em 2016 e 2017 o município caminhava a passos pequenos, sem Academia da Saúde, NASF, um número maior de habitantes e com um nível de mortalidade infantil considerável se comparado com o índice nacional.

3.2 O financiamento da Saúde Pública em Mossâmedes após a Emenda Constitucional 95 e na Pandemia da Covid-19

Em diversos momentos foi exposto as alterações provocadas pela Emenda Constitucional 95 e todos os riscos que ocasionalmente viriam junto com ela aos direitos sociais, principalmente à saúde. Porém, questiona-se quais alterações ocorreram nos repasses de recursos, no orçamento dos municípios.

Em Mossâmedes durante 2018 e 2019 houve uma diminuição no índice do mínimo constitucional aplicado em saúde, como mostra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 05- Evolução Índice de Saúde ano de 2014 e 2019



Fonte: SICOM

Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2021.

É inegável que ocorreu uma redução de quase 1,20% no mínimo constitucional aplicado à saúde entre 2016 e 2019. Para evidenciar melhor essa redução levanta-se os dados disponibilizados pelo Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, em 2016 o município arrecadou em receita de impostos aproximadamente 14.500.000,00 de reais e aplicou em despesas com saúde por volta de 2.500.000,00 de reais. Já em 2019 a arrecadação municipal de receitas de impostos foi aproximadamente 18.000.000,00 de reais, porém foram aplicados em despesa em saúde apenas 2.807.086,05 de reais.

Tal análise é importante pelo fato de as despesas representar para a administração pública um conjunto de dispêndios com a finalidade de funcionamento dos serviços públicos, ou seja, busca a manutenção das atividades do ente estatal, por meio de equipamentos e instalações, a conservação ou a construção de obras públicas, conforme Lei 4.320 de 1964. Assim, por meio das despesas públicas é possível viabilizar resultados nas políticas públicas planejadas pelos governantes. (ENAP, p. 12, 2017)

A composição da receita com deduções também sofreu alterações, enquanto entre 2016 e 2017 houve um aumento de quase 420 mil reais, já entre 2018 e 2020 o aumento foi de apenas 80.509,04 reais. Uma redução bastante significativa, afinal as receitas representam o montante total em recursos recolhidos pelo Tesouro Nacional que custearam as despesas e as necessidades de investimentos públicos. (ENAP, p. 07, 2017)

A receita com deduções é composta por receita própria, transferência do Estado, receita própria, demais receitas, outras transferências e transferências da União. Em 2016 e 2017 a União foi responsável por quase 43% da receita. Em 2019 a transferência da União para composição da receita representou 44,6%, e apenas 41,5% em 2020.

Além disso, fica claro a dependência de recursos da União existente pelo município, pois em torno de 40% da receita são transferências federais. Assim, a alteração provocada pela Emenda Constitucional 95 que limitou em um teto os gastos federais primários afeta, principalmente, municípios de pequeno porte como Mossâmedes.

Uma ressalva interessante, é que no mesmo período que ocorre tais alterações nos valores ligados ao orçamento público, corresponde também as reclamações e sugestões feitas nas audiências públicas em relação a necessidade de implementar o Programa de Saúde Bucal no distrito de Mirandópolis e falta de médicos/ profissionais de saúde. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2019)

Uma coincidência nesse período de transição para a nova realidade da EC 95/2016 são as transferências do Fundo Estadual de Saúde para o município de Mossâmedes ter aumentado nos anos de 2018 e 2019 expressivamente se comparado com o ano de 2017. Em

2017, o estado de Goiás transferiu para o município o valor de aproximadamente 297 mil reais, sendo quase 94 mil reais para o Programa de Saúde da Família. Todavia em 2019 o valor total transferido foi de 424.008,00 reais, sendo para o Programa Saúde Família por volta de 104 mil reais, além de transferências para o plano de fortalecimento no valor de 295 mil reais, segundo levantamento feito no site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Não obstante é possível notar pelos dados divulgados pelo Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, ao comparar esse período entre 2017 e 2020 uma oscilação entre saldo positivo envolvendo receitas e despesas, quando o município consegue por meio da arrecadação pagar seus gastos públicos e saldos negativos quando o município fecha o ano com mais despesas em relação a arrecadação. Ao verificar o portal da transparência do município é visto que isso ocorre em dois momentos, no ano em que o atual prefeito assume a primeira gestão, e, no ano de 2019 quando o município inicia diversas obras públicas ligadas a saúde, como a reforma do único hospital do município e do Posto de Saúde localizada no distrito de Mirandópolis, além de outras obras que já estavam em andamento, como o ginásio municipal.

O ano de 2019 foi composto também por diversos gastos ligados a manutenção das Unidades Básicas de Saúde que totalizaram aproximadamente 134 mil reais. E a manutenção dos Agentes Comunitários correspondentes a quase 314 mil reais, além dos gastos com a manutenção com os Programas da Atenção Básica em quase 920 mil reais.

Sobre os programas da Atenção Básica é necessário destacar que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi implementado em Mossâmedes no ano de 2018, de acordo com o site governamental e-Gestor.

Já a Academia de Saúde teve sua construção iniciada no ano de 2019 e finalizada em 2020, para atender a comunidade mossamedina e contribuir estruturalmente com os trabalhos desenvolvidos pelo NASF no município e do Programa Academia da Saúde.

No ano de 2020 viveu-se um período atípico na história global, o vírus SARS-CoV-2 parou o mundo diante da maior pandemia do século XXI. O isolamento social se tornou a única arma de combate contra doença desconhecida enquanto cientistas de diversos países tentavam descobrir em um curto período tudo sobre o vírus para assim desenvolver uma vacina.

Uma realidade adversa que se torna mais complexa em um município com uma infraestrutura que atende apenas demandas básicas, sendo a maioria das demandas de maiores complexidades reportadas para Goiânia e outras cidades maiores. Além disso, o Hospital Municipal Dona Sinhá se encontra em reforma desde 2019, consoante informações divulgadas pelo portal da transparência de Mossâmedes. Assim, os atendimentos foram realocados para a

UBS- Dioran Borges, local onde foi improvisada uma estrutura de atendimento até o término da obra do único hospital do município.

Mossâmedes registrou seu primeiro caso confirmado de Covid-19 no dia 05 de junho de 2020, apesar de não ter elaborado um plano de combate a pandemia da Covid-19, desenvolveu ações de conscientização da população sobre os riscos do coronavírus, a necessidade do uso de máscara, o distanciamento social. Além da elaboração de decretos para restrição de circulação de pessoas e limitar as atividades que promovam aglomerações na cidade. Criou-se também o Comitê de Enfrentamento ao Coronavírus, o disque-denúncia covid-19 para relatar casos de aglomerações, durante vários meses de 2020 foi realizada a tenda da prevenção da Covid-19 para aferimento da temperatura e conscientização de todos que adentravam o município, todas essas informações podem ser encontradas no site da Prefeitura Municipal de Mossâmedes.

Foram montadas equipes para compor as ações desenvolvidas, adquiridos Equipamentos de Proteção Individual para os profissionais de saúde, testes de Covid-19 para serem realizados naqueles que apresentassem os sintomas da doença. Foi desenvolvido o Serviço de desinfecção dos órgãos públicos e estabelecimentos particulares, sendo preciso adquirir equipamentos para realizar a limpeza desses locais. E todo atendimento ligado a Covid-19 passou a ser realizado de forma improvisada na UBS- Dioran Borges, enquanto a obra do Hospital Municipal Dona Sinhá não finaliza. Em vista disso, os usuários de urgência e emergência são atendidos junto com aqueles pacientes com Covid-19.

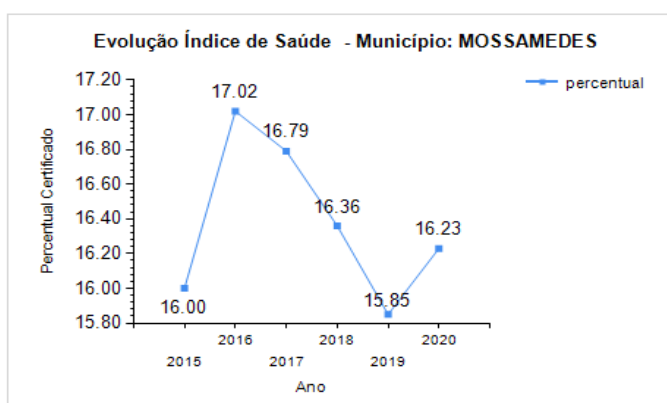
O município pequeno que iniciava aos poucos sua reestruturação da saúde com reformas em andamento no hospital municipal e no Posto de Saúde de Mirandópolis, com ajudas de emendas parlamentares para conseguir continuar as obras, precisou buscar equipamentos para possíveis emergências que surgissem. Em agosto de 2020, foi adquirido um ventilador pulmonar fixo e outro móvel para ser instalado na ambulância destinada a pacientes com Covid-19. Afinal, o município não possui UTI ou estrutura para um atendimento de casos mais complexos de Covid-19, sendo necessário equipamentos para transporte e para manutenção do paciente até sua transferência para outra cidade que possa fornecer um tratamento mais adequado.

Para desenvolver todas essas ações foi necessário um grande investimento, isso é explícito quando observado o orçamento previsto para a saúde em 2020 de 3.665.317,56 de reais e o executado ser o valor de 6.582.556,88 de reais. Para uma melhor compreensão da adversidade vivida, foi planejado investir apenas 60 mil reais com aquisição de material e equipamentos permanentes, porém foram gastos mais de meio milhão de reais. Outra área é a Atenção Básica que foi previsto executar 954 mil reais na manutenção dos programas dessa

área, porém foram executados quase 1 milhão e meio de reais. Somente com ações de enfrentamento ao coronavírus foram executados 535.528,32 de reais.

Ademais, o período que vinha sendo composto por retrocessos no orçamento público da saúde, e pela redução no índice mínimo constitucional em saúde, devido aos gastos inesperados provocados pela pandemia sofreu alterações. O gráfico abaixo mostra uma realidade diferente da vista nos dois anos anteriores:

GRÁFICO 06- Evolução Índice de Saúde ano de 2018 a 2020



Fonte: SICOM

Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás, 2021.

O índice mínimo que chegou a 15,85% voltou a subir em 2020 devido aos altos gastos com ações e projetos de enfrentamento à pandemia, com um percentual de 16,23%.

Outro fato que chama atenção é o valor transferido pelo estado de Goiás ao município de Mossamedes em 2020, foram quase 01 (um) milhão e 300 mil reais transferidos somente para o Plano de Fortalecimento foram mais de um milhão de reais.

Fica claro, ao analisar todos os dados relativos a 2020 que a maior crise sanitária do século provocou o medo do colapso do SUS, mas também um aumento exorbitante de gastos, pois devido a política de sucateamento que vinha ocorrendo, as instituições precisam se equipar para atender as altas demandas advindas da Covid-19.

Contudo, fica mais evidente ao analisar o contexto da saúde em Mossamedes a dependência existente nos recursos federais para o desenvolvimento das atividades. A saúde é descentralizada, mas é uma pirâmide onde os municípios precisam também dos estados e da União para conseguirem desenvolver suas ações e realizar os serviços públicos. Qualquer alteração orçamentária ligada aos repasses feitos pela União afeta diretamente os municípios. O exemplo aqui é a redução no mínimo constitucional de saúde depois da redução das transferências da União para receita com dedução ao município de Mossamedes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Armatya Sen é responsável discorrer sobre a teoria da justiça, onde a liberdade do ser humano não é pautada apenas por ganhos financeiros, bens e riquezas acumuladas. É preciso avaliar todo o entorno dessa pessoa, como a moradia, saúde, alimentação, educação para conhecer em qual realidade vive essa pessoa. Conhecer esses fatos para Sen é conhecer o tamanho da liberdade que possui um ser humano, pois é preciso avaliar seu poder de escolha, e quanto mais direitos limitados menos escolhas possui.

Vislumbrando tal teoria, junto com outro colaborador foi desenvolvido o chamado Índice de Desenvolvimento Humano, sendo um medidor da educação, qualidade de vida e renda. Os índices brasileiros não são muito animadores, reflexos das desigualdades socioeconômica do país.

A saúde é um dos aspectos a ser analisado pela teoria de Armatya Sen, assim se conhece a qualidade de vida levada por aquele indivíduo. Em vista disso, saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças. Para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde de forma plena é preciso pensar na coletividade.

A atuação deve ser acompanhada de outras áreas, promovendo uma interdisciplinaridade de assuntos, além disso os estudos científicos desenvolvidos sobre a saúde são imprescindíveis para conhecer a realidade do serviço prestado. Ademais, é preciso avaliar o contexto social para entender as causas dos problemas de saúde de um determinado local. Destarte, é possível criar ações de combate e prevenção para toda aquela coletividade

Pensando no bem comum de todos, em 1992 criou-se a OMS que seria responsável por orientar os assuntos ligados à saúde global. Em um sistema de cooperação entre países, que hoje conta com a participação da OMS em mais de 150 nações. O Brasil com sua política do SUS e sistema de imunização promissor, ganhou destaque mundial. Entrou em 2013 para o Conselho Executivo da OMS, responsável pela agenda da Assembleia Mundial de Saúde.

O SUS pautado pela universalidade, gratuidade e equidade provocou olhares do mundo todo para o Brasil. É um sistema de saúde desenvolvido para garantir maior cobertura de saúde a todos os brasileiros, pautados pelas raízes da saúde coletiva e movimento sanitarista, é um sistema humanizado que busca o contato próximo com a população nas políticas públicas desenvolvidas. Um exemplo disso é a chamada Atenção Básica, voltada para o atendimento da família que permite o mapeamento dos moradores, o acesso a ações preventivas e programas voltados para os problemas evidenciados daquele lugar.

Todavia, as políticas de contingenciamento pautadas pela limitação de recursos para direitos sociais provocaram alterações no financiamento da saúde. Tal como a Emenda Constitucional 95 que limitou os gastos primários afetam diretamente estados e municípios, e a Portaria n. 2979/2019 que provocou mudanças no modelo da Política Nacional Atenção Básica. A comprovação de tais fatos é pelo municípios, em Mossâmedes reduziu-se significativamente em 2018 e 2019 o índice mínimo constitucional em saúde, como demonstrado a redução significou uma menor aplicação em despesas de saúde e nas receitas com dedução, como evidenciado pelos gráficos extraídos do Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás.

O estado de Goiás como verificado de forma coincidente passou a enviar um número maior de recursos para Mossâmedes após as alterações provocadas pela EC 95 de 2016 e Portaria 2.979/2019 na Atenção Básica, principalmente pelo chamado Programa de Fortalecimento. E as obras realizadas no município precisam de auxílio de emendas parlamentares, conforme amplamente divulgado nas redes sociais da Prefeitura municipal de Mossâmedes.

É preocupante também o novo pacto federativo que cogita a extinção de municípios com um número inferior a 05 mil habitantes, sendo Mossâmedes uma das cidades atingidas. Um município que já possui diversas carências envolvendo a saúde e o saneamento básico correria o risco de ficar mais desamparado e esquecido.

Concomitante a isso, ainda se destaca novamente a ausência de um Plano de saúde, mesmo sendo uma atribuição feita aos municípios da Lei n. 8080/90. O qual permitiria ações mais coordenadas e consistentes que abrangessem os dilemas dos cidadãos.

Entretanto, Mossâmedes vem realizando duas obras públicas ligadas à saúde, uma do Hospital Municipal Dona Sinhá, e outra no Posto de Saúde do Distrito de Mirandópolis para melhorar a infraestrutura da saúde municipal.

Outrossim, também foi iniciado no ano de 2018 o NASF no município contando com uma equipe, também a academia saúde foi construída. Porém mesmo diante dos programas desenvolvidos a população permaneceu insatisfeita com a gestão realizada, seja pela insuficiência profissional, qualidade técnica do serviço ofertado por eles ou atendimento feito.

Percebe-se que a saúde é um conjunto, recursos públicos suficientes para desenvolvimento das políticas públicas com qualidade, atuação de forma coordenada entre os entes federativos, apesar da autonomia que possuem, qualidade profissional daqueles que atendem a população e planejamento através de planos de saúde, como exigido pela legislação que rege sobre o SUS. Se um desses elementos não for cumprido, provavelmente problemas surgirão, como insatisfação da população, mal desenvolvimento dos programas e ações

ofertados, serviço de má qualidade, tudo provocado por fatores como ausência de gestão e organização ou falta de recursos, e muitas vezes, ambos.

Todas essas falhas podem ser agravadas por imprevistos ou fatos atípicos que venham a surgir. Um exemplo, uma pandemia provocada por uma doença desconhecida. Em 11 de março de 2020 esse pesadelo virou realidade. O mundo vive a maior crise na área da saúde deste século. E os problemas que surgiram pelas políticas de contingenciamento se tornaram maiores, pois os estados e municípios com um sistema fragilizado precisavam se preparar para a nova realidade, com equipamentos, matérias, profissionais, tudo depende do orçamento público, que sofreu uma perda de aproximadamente 20 bilhões de reais com a Emenda Constitucional 95.

A Atenção Básica foi a área afetada diretamente pelas mudanças políticas e de financiamento na área da saúde, ocorreu uma descaracterização, principalmente da Estratégia Saúde de Família que provocou impactos socioeconômicos e desigualdades regionais. Uma área apontada como essencial pelo SUS e OMS, a qual defendia que essa área seria baseada na ética profissional, equidade e dignidade da pessoa humana.

Na pandemia da Covid-19 foi apontado que seria necessário, justamente a atuação da Atenção Básica, por ser o primeiro contato com a comunidade, pois trabalha diretamente com as famílias. Todavia, não ocorre uma capacitação efetiva dos profissionais pela SGTES, e um fortalecimento dos gestores nos três níveis de governo. Os municípios ficam desamparados, sem orientações em diversos momentos por parte do Ministério da Saúde de qual ponto partir no combate à pandemia.

O município de Rio Verde, em meio ao caos conseguiu se sobressair, como um local que desenvolveu através da Atenção Primária um sistema de triagem dos pacientes, em um consultório isolado, sendo evitado o contato de possíveis contaminados com outros pacientes. O que foi realizado nesse município era a proposta defendida quando a Atenção Básica foi criada, uma atuação efetiva no combate a doenças, ademais diversos pesquisadores da saúde defenderam ser a Atenção Básica o caminho para viabilizar uma redução dos impactos da pandemia.

Porém, muitos municípios preferiram investir no atendimento de urgência e emergência e focar na média e alta complexidade. Em Mossamedes não foi diferente, todo atendimento envolvendo a Covid-19 foi realocado para o hospital improvisado do município, mesmo as ações desenvolvidas de prevenção e conscientização não permaneceram por um longo período, além da falta de um plano de ação de combate à pandemia.

Devido ao pequeno porte do município que possui aproximadamente 4 mil e 300 habitantes, qualquer aumento de casos provoca preocupações, o pico foi em setembro quando houve registro de 35 casos confirmados e 115 pessoas monitoradas. Existe uma preocupação, pois a cidade não possui infraestrutura, mesmo com um respirador pulmonar esse não era suficiente para manter o paciente a longo prazo no município sendo necessário sua realocação para outras cidades que possuam uma melhor estrutura.

Todavia, como amplamente divulgado nos meios de comunicação por diversos momentos as cidades como Goiânia estavam com os leitos de enfermaria, e essencialmente das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) estavam sobrecarregados, chegando a índices de ocupação superiores a 90%. (SANTANA, 2021)

Em meio ao caos vivido era preciso a junção dos gestores de saúde com o Governo Federal para pensar em ações nacionais de combate a pandemia. Era necessário apoio do Presidente da República, um ministro da saúde que conhecesse o SUS, e por fim, valorização da ciência. O que aconteceu foi divergente disso, o presidente preferiu debochar da doença, “mandar comprar vacina na casa da mãe”, o Ministério da Saúde quando assumido por dois médicos era constantemente desautorizado por Jair Bolsonaro, que por fim colocou um General inexperiente na gestão da maior crise sanitária do mundo. No meio disso, há gestores municipais com dificuldades de atuar por escassez de recursos somados à deficiência que já vinham ao longo dos anos.

Mossamedes não possui um plano de saúde, existem diversos problemas como falta de profissionais de saúde, necessidade de capacitação, ausência de saneamento básico, somados a isso há a redução de repasse de recursos em 2019 e a limitação de gastos em 2017. Tudo isso somado a um Governo Federal omissivo em plena pandemia é um quadro preocupante que provoca inseguranças. Deve ser lembrado que a competência da saúde é concorrente, a União promove diretrizes gerais, os estados e municípios possuem autonomia para adaptá-las a sua realidade, afinal o modelo de federalismo brasileiro é o cooperativo.

O respeito pela saúde só é possível com investimento em políticas públicas, qualificação profissional, infraestrutura, gestão e planejamento, além da valorização da ciência e respeito à vida. A pandemia da Covid-19 que provocou a morte de milhares de brasileiros, inclusive mossamedinos, precisa de uma gestão coordenada entre os entes federados, mas não ocorreu o desenvolvimento de um plano nacional de combate à pandemia, e muitos municípios não o desenvolveram também. É preciso tratar com seriedade e maior compromisso assuntos tão sérios como a saúde pública para que erros e omissões sejam evitados e a sociedade não

tenha o seu direito limitado. Omissões e descasos em áreas como a saúde provocam a morte de pessoas, e isso é um ato criminoso.

Além disso, o negacionismo jamais deve ser reverberado por autoridades e gestores, é preciso defender a ciência, pois ela que salva vidas. Quando o Estado prefere reduzir investimentos de direitos sociais, governantes assumem papéis autoritários e defendem discursos radicais contra a ciência, a saúde e a democracia, é preciso se preocupar com o futuro dessa nação.

REFERÊNCIAS

BÔAS, Villas. **Taxa de mortalidade infantil no Brasil recua em 2017, aponta IBGE.** Valor Econômico, 29 de setembro de 2018. Disponível em:< <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2018/11/29/taxa-de-mortalidade-infantil-no-brasil-recua-em-2017-aponta-ibge.ghtml>> Acesso em: 13 de maio de 2020.

Brasil passa pela maior crise sanitária e hospitalar da história, diz Fiocruz <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/03/17/brasil-passa-pela-maior-crise-sanitaria-e-hospitalar-da-historia-diz-fiocruz.ghtml>. G1, 17 de março de 2021. Disponível em:> <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/03/17/brasil-passa-pela-maior-crise-sanitaria-e-hospitalar-da-historia-diz-fiocruz.ghtml>< Acesso em: 24 de março de 2020.

Brasil registra 1.036 mortes por coronavírus; total chega a 194.976 óbitos. G1, 31 de dezembro de 2020. Disponível em:< <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/12/31/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-31-de-dezembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>> Acesso em: 20 de Março de 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 15 de março de 2020.

BRASIL. Data SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em:< <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=MOSSAMEDES>> Acesso em: 10 de maio de 2020.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/mossamedes/panorama>> Acesso em 10 de maio de 2020.

BRASIL. **LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 15 de março de 2020

BRASIL. **LEI 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde ({SUS}) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em: 15 de março de 2020

BRASIL. **LEI Nº 4.320 DE 17 DE MARÇO DE 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm> Acesso em 11 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor:** Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em:<

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>>
Acesso em: 08 de março de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em:<
<https://portalfnns.saude.gov.br/>> Acesso em: 08 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Disponível em:<
<http://aps.saude.gov.br/ape/academia>> Acesso em: 10 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Disponível em:<
<https://antigo.saude.gov.br/sgtes> > Acesso em: 20 de maio de 2020.

CONTI, José Mauricio. **Federalismo fiscal e(m) crise**. JOTA, 21 de maio de 2020. Disponível em:<
<https://www.jota.info/opiniaoe-analise/colunas/coluna-fiscal/federalismo-fiscal-em-crise-21052020>> Acesso em 27 de janeiro de 2021.

Covid-19 provoca impacto negativo na vida das pessoas com doenças crônicas e patologias. CNS, 21 de julho de 2020. Disponível em:<
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1278-covid-19-provoca-impacto-negativo-na-vida-das-pessoas-com-doencas-cronicas-e-patologias>>Acesso em: 20 de março de 2021

Cristaldo, Heloisa. **Brasil fica em 84º lugar em ranking mundial de IDH**. Agência Brasil, 15 de dezembro de 2020. Disponível em:<
<https://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2020-12/brasil-fica-em-84o-lugar-em-ranking-mundial-do-idh>> Acesso em: 20 de maio de 2020.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: Uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

Entidades se articulam para fortalecer campanha contra EC 95/2016. CNS, 06 de fevereiro de 2018. Disponível em:<
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/532-entidades-se-articulam-para-fortalecer-campanha-contra-ec-95-2016>> Acesso em: 20 de março de 2020

Estes serão os países mais populosos de 2018. ÉPOCA NEGOCIOS, 17 de dezembro de 2017. Disponível em:>
<https://epocanegocios.globo.com/Mundo/noticia/2017/12/estes-serao-os-paises-mais-populosos-de-2018.html>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021

FISCHBORN, Fernanda Aline. **Saúde e Desenvolvimento: Uma Análise a partir do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen**. Revista Eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade de Contestado, p. 201-210, 2015.
Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). **Introdução ao Orçamento Público**. Brasília, 2017.

GIOVANAZ, Daniel. **Sob governo Lula, Brasil foi o país que mais vacinou contra H1N1 pelo sistema público**. Brasil de Fato, 20 de dezembro de 2020. Disponível em:>
<https://www.brasildefato.com.br/2020/12/20/sob-governo-lula-brasil-foi-o-pais-que-mais-vacinou-contra-h1n1-pelo-sistema-publico> < Acesso em: 24 de março de 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças**. Disponível em:<

<https://extranet.saude.go.gov.br/saf/ManterRelatorioPagamentoFundoExterno.jsf>> Acesso em 10 de maio de 2020.

GOIÁS. Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás. Disponível em: <<https://www.tcmgo.tc.br/>> Acesso em 11 de março de 2020.

GRANCHI, Giulia. **Covid-19: O que sabemos sobre cloroquina e hidroxiclороquina? Tire dúvidas.** UOL, 07 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/faq/covid-19-o-que-sabemos-sobre-cloroquina-e-hidroxiclороquina-tire-duvidas.htm>> Acesso em: 20 de maio de 2020.

LIMA, Nísia Trindade, SANTANA, José Paranaguá. **Saúde Coletiva como Compromisso: A trajetória da ABRASCO.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006

MACHADO, Odaleska Rodrigues. **O SUS E A UNIVERSALIDADE: A percepção dos usuários acerca do serviço público de saúde no município de Mossâmedes-GO.** Trabalho de Conclusão de Curso, Serviço Social. Universidade Federal de Goiás. Goiás, 2020.

MALU, Gaspar. **CLOROQUINA ACIMA DE TUDO.** Piauí, UOL, 16 de junho de 2020. Disponível em:> <https://piaui.folha.uol.com.br/cloroquina-acima-de-tudo/>< Acesso em: 20 de maio de 2020.

MARTELLO, Alexandre. **Relator do pacto federativo defende fim de piso para gastos em Saúde e Educação.** G1, 15 de janeiro de 2020. Disponível em:> <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/15/relator-do-pacto-federativo-defende-fim-de-piso-para-gastos-em-saude-e-educacao.ghtml>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021

MARTELLO, Alexandre. **Relator do pacto federativo defende fim de piso para gastos em Saúde e Educação.** G1, 15 janeiro de 2020. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/10/20/pacto-federativo-saiba-o-que-e-conheca-propostas-e-o-que-especialistas-dizem-sobre-o-tema.ghtml>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021.

MATOS, Vitor. **Pacto federativo: saiba o que é, conheça propostas e o que especialistas dizem sobre o tema.** G1, 20 de outubro de 2019. Disponível em:> <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/15/relator-do-pacto-federativo-defende-fim-de-piso-para-gastos-em-saude-e-educacao.ghtml>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021.

MAZUI, Guilherme. **‘É simples assim: um manda e o outro obedece’, diz Pazuello ao lado de Bolsonaro.** G1, 22 de outubro de 2020. Disponível em:<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuello-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>> Acesso em 20 de maio de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. **Relatório de Avaliação das Audiências Públicas Realizadas no Município de Mossâmedes no Primeiro Semestre de 2019.** Mossâmedes, 2019.

MOSSÂMEDES. **Portal da Transparência do Município de Mossâmedes.** Disponível em: <<https://mossamedes.megasofttransparencia.com.br/>> Acesso em 10 de março de 2020

MOSSÂMEDES. **Prefeitura Municipal de Mossâmedes.** Disponível em:< <https://www.mossamedes.go.gov.br/>> Acesso em 08 de março de 2020

O que é SAÚDE COLETIVA? FIOCRUZ. Disponível em:><http://www.juventudect.fiocruz.br/saude-coletiva> < Acesso em: 22 de março de 2021.

OLIVEIRA, Ana. **“Estamos batalhando para manter os leitos de pacientes cardiopatas e oncológicos”: o colapso da saúde com a covid-19.** EL PAÍS, 04 de março de 2021. Disponível em:> <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-03-05/com-colapso-do-sistema-de-saude-faltara-leitos-para-tudo-de-casos-de-infarto-a-acidentes-de-transito.html>> Acesso em: 20 de Março de 2021

Pacto federativo. SENADO FEDERAL. Disponível em:<<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/pacto-federativo>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021

Pacto federativo: “O SUS é a cara do federalismo cooperativo”. FRIOCRUZ, 29 de abril de 2020. Disponível em:< <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/pacto-federativo-o-sus-e-a-cara-do-federalismo-cooperativo/47509/>> Acesso em: 27 de janeiro de 2020

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PECs, piso unificado de Saúde e Educação e o pacto contra a cidadania. FIOCRUZ, 17 de janeiro de 2020. Disponível em:< <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1104>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021.

Primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ocorreu em SP e completa seis meses nesta quarta. G1, 26 de agosto de 2020. Disponível em:> Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completa-seis-meses-nesta-quarta.ghtml>> Acesso em: 20 de Março de 2021

Quem somos e o que fazemos. OMS. Disponível em:> <https://www.who.int/about/es/>< Acesso em: 14 de março de 2021.

Reforma Sanitária. FIOCRUZ. Disponível em:> <https://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>< Acesso em: 22 de março de 2021.

REINHOLZ, Fabiana. Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social. BRASIL DE FATO, 03 de outubro de 2018. Disponível em:< <https://www.brasildefato.com.br/2018/10/03/emenda-95-o-enfraquecimento-do-pacto-social>> Acesso em 15 de março de 2020.

REIS, Vilma. **Sobre subfinanciamento e desfinanciamento.** desfinanciamento-que-nao-queremos-rumo-a-16a-8a8-cns-por-francisco-funcia/41876/. ABRASCO, 29 de junho de 2019. Disponível em:> <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinioao/do-subfinanciamento-que>

temos-para-o-desfinanciamento-que-nao-queremos-rumo-a-16a-8a8-cns-por-francisco-funcia/41876/> Acesso em: 14 de março de 2021.

RIBEIRO, Carlos Dimas. **Justiça Social e Equidade em Saúde: Uma abordagem centrada nos funcionamentos**. Saúde Soc. p.1109-1118, 2015.

RIVEIRA, Carolina. **Novo pacto federativo pode excluir gasto mínimo para saúde e educação**. EXAME, 08 de setembro de 2020. Disponível em:> <https://exame.com/brasil/novo-pacto-federativo-pode-excluir-gasto-minimo-para-saude-e-educacao/> >. Acesso em: 27 de janeiro de 2021.

SAMPAIO, Lucas. **Uruguai e Argentina passam o Brasil em ranking proporcional de vacinação contra a Covid-19**. G1, 23 de março de 2021. Disponível em:> <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/03/23/uruguai-e-argentina-passam-o-brasil-em-ranking-proporcional-de-vacinacao-contr-a-covid-19.ghtml>> Acesso em: 25 de março de 2021.

SANTANA, Vitor. **Goiás abre 35 novos leitos de UTI para Covid-19, mas ocupação segue superior a 90%**. G1, 16 de fevereiro de 2021. Disponível em:> <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2021/02/16/goias-abre-35-novos-leitos-de-uti-mas-ocupacao-segue-superior-a-90percent.ghtml>< Acesso em: 19 de maio de 2021.

SANTOS, Lenir, FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde**. CONJUR, 21 de janeiro de 2019. Disponível em:< <https://www.conjur.com.br/2019-jan-21/opiniao-ec-95-fere-nucleo-essencial-direito-saude>>. Acesso em 11 de maio de 2020

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SEM, Amartya. **A Ideia de Justiça**. 1ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **Sistema de Saúde universal: o sonho possível**. Carta Maior, 2021.

Sistema de saúde pode entrar em colapso diante de novo aumento de casos de Covid-19. FIOCRUZ. Disponível em:<<https://agencia.fiocruz.br/sistema-de-saude-pode-entrar-em-colapso-diante-de-novo-aumento-de-casos-de-covid-19>> Acesso em: 20 de março de 2021

Teto de Gastos: entidades lançam apelo público e entregam documento ao STF. CNS, 07 de maio de 2020. Disponível em:><https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1160-teto-de-gastos-entidades-lancam-apelo-publico-e-entregam-documento-ao-stf>> Acesso em: 20 de março de 2020.

TOMAZELLI, Idiana. **PEC que retoma auxílio emergencial revoga mínimos de gastos em saúde e educação**. UOL, 22 de fevereiro de 2021. Disponível em:< <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2021/02/22/pec-que-retoma-auxilio-emergencial-revoga-minimos-de-gastos-em-saude-e-educacao.htm>> Acesso em: 27 de janeiro de 2021.

WARGAS, tatiana. **A formação em saúde coletiva e os desafios da avaliação.** Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva, p.10-14, 2015.