



WILLIAM GABRIEL

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA E O
NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS CAUSADOS PELA COVID-19: UM ESTUDO
COMPARATIVO**

LAVRAS-MG

Junho - 2021

WILLIAM GABRIEL

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA E O
NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS CAUSADOS PELA COVID-19: UM ESTUDO
COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Lavras, como parte das exigências do
Curso de Administração Pública, para a
obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. Denis Renato de Oliveira
Orientador

LAVRAS-MG

Junho - 2021

WILLIAN GABRIEL

**UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA
E O NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS CAUSADOS PELA COVID-19: UM ESTUDO
COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Lavras, como parte das exigências do
Curso de Administração Pública, para a
obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 23 de junho de 2021

Dr. Denis Renato de Oliveira UFLA

Dr. Janderson Martins Vaz

LAVRAS-MG

Junho - 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder sabedoria e sempre cuidar de mim, aos meus familiares e amigos, em especial Andiará Souza por todo apoio nesses anos de faculdade. Agradeço também o meu orientador Denis Renato de Oliveira, por todo apoio e ajuda nesse trabalho, o professor Janderson Martins Vaz que fez parte da minha banca, e sempre foi um amigo nesses anos de faculdade.

RESUMO

O presente trabalho faz uma análise comparativa da relação entre o investimento em saúde pública e o número de casos e óbitos causados pela covid-19 nos municípios de Pouso Alegre e Varginha, em Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa relevante pois traz informações a respeito do montante de recursos que cada município recebeu para o enfrentamento da pandemia, os gastos e a incidência de casos nestes municípios. Optou-se por uma pesquisa quantitativa descritiva e exploratória.

Palavras-chave: Políticas públicas; Covid- 19; saúde pública.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ações no segmento da saúde	10
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	2
1.2 Justificativa	3
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	4
2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil e doenças pandêmicas.....	4
2.2 Recursos públicos e suas limitações	7
2.3 Investimento em políticas públicas	9
2.4 Desafios no planejamento das políticas públicas de saúde	11
3 METODOLOGIA.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1 INTRODUÇÃO

Sempre foi factível pensar que quanto maior a qualidade do serviço oferecido, melhor o conceito dos clientes com relação à imagem organizacional (CASTRO, 2018). Nesta mesma linha de pensamento, é possível que a qualidade esteja diretamente atrelada ao investimento realizado pelas organizações, muito embora, no setor público, o investimento em qualidade de serviços sempre foi um desafio.

De acordo com Rodrigues, Silva e Krüger (2014), quando a gestão planeja o investimento e distribui os recursos adequadamente, definindo as áreas prioritárias e que carecem de melhorias, de forma preventiva, possuem uma maior capacidade de resposta, seja para superação de crises ou em termos de construção de políticas públicas que promovam maior qualidade de vida, assim como apresentam indicadores mais satisfatórios.

Pinheiro et al. (2020) conceituaram políticas públicas como conjuntos articulados que têm como objetivo realizar movimentos e estímulos aptos a transformar a realidade conforme às necessidades e interesses dos stakeholders que se unem em distintos segmentos públicos, privados e/ou do terceiro setor com o objetivo de sanar relevantes questões que afetam o coletivo, principalmente no que se refere ao controle das prioridades, alocação e fiscalização de recursos financeiros públicos. Entende-se que o controle nesse âmbito faz alusão a conferir se as atividades executadas estão em conformidade com o que fora planejado, estabelecido pela gestão pública.

Entretanto, Inojosa (1994) destacou que usuários de serviços são os que mais desejam que a qualidade seja elevada, entretanto nem sempre eles sabem o que é preciso e onde há necessidade de melhorias. Em se tratando de serviços públicos que atuam com inúmeros usuários, com demandas e expectativas distintas, isso se torna bem mais complexo. Porém, essa complexidade pode se tornar um auxiliar a partir do momento em que é entendida como uma ferramenta para conhecer o potencial da organização e os anseios dos usuários.

Segundo Savassi (2012), é essencial a criação de um sistema gestor profissional capaz de conduzir as ferramentas disponíveis, ao mesmo tempo em que assegura o planejamento, controle e melhorias dos processos de maneira individual. Além disso, esse gestor deve aplicar a definição de rede de competência, a qual diz respeito a uma série de processos produtivos que se relacionam, incluindo os insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços até a sua distribuição para o consumidor final, ou seja, o usuário.

Essa demanda também é vista na área da saúde, o que, atualmente, é notado mediante a capacidade de atuação do poder público no combate à pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, uma doença infecciosa, que apresenta como principais sintomas febre, cansaço, tosse seca, congestão nasal, perda de paladar ou olfato, além de outros sintomas que podem variar de pessoa para pessoa.

O exemplo citado faz referência a recente crise de saúde pública, já que o segmento da saúde foi um dos setores mais afetados pela pandemia da Covid-19. Levando em consideração que as decisões dos governos municipais no que diz respeito à estruturação e oferta dos serviços de saúde estão diretamente atreladas à disponibilidade de recursos e as receitas voltadas para a saúde conforme seus orçamentos, faz-se a seguinte pergunta de pesquisa: qual é a relação entre o volume de investimento dos municípios em saúde e a situação de casos confirmados e óbitos em decorrência da Covid-19?

Esta pesquisa é importante porque apresenta informações de grande valia a respeito do quanto necessário se faz o planejamento da destinação de gastos a partir de estudos e indicadores de monitoramento e avaliação das políticas públicas nas mais diversas áreas, não apenas para a saúde, pois toda a economia foi castigada, afetando não só patrões, mas também funcionários, apresentando níveis alarmantes de desemprego.

A Covid-19 se trata de uma grave ameaça para a saúde pública, que requereu ações imediatas por parte de governantes, os quais se viram perdidos devido à ausência de orientações e procedimentos, fazendo com que a tomada de decisão fosse, diferentemente do que se busca, decisões particulares em sua maioria e nas mais diversas localidades, sobretudo no início da pandemia.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Esse estudo teve como objetivo geral analisar, comparativamente, a relação entre o investimento em saúde pública e o número de casos e óbitos causados pela Covid-19 nos municípios de Pouso Alegre e Varginha- MG.

1.1.2 Objetivos específicos

Especificamente, buscou-se nesta pesquisa:

- Mapear o investimento (gasto) em saúde pública nos municípios estudados;
- Identificar o número de óbitos nos municípios da amostra;

- Comparar o investimento versus a taxa de controle da doença nos municípios da amostra.

1.2 Justificativa

Embora não exista uma relação direta entre a quantidade investida e o número de casos de Covid-19, já que isso também parte de uma perspectiva de conscientização do indivíduo, não estando atrelado diretamente ao montante investido em saúde, existe uma tendência para interpretar que, se o investimento é massivo, abrangente e preventivo, não apenas o poder público tem maiores condições de garantia de ofertas de serviços, retratando um maior planejamento, estruturação e compreensão das demandas sociais, já que a oferta de saúde de qualidade não é apenas em momento de pandemia, como também existe uma maior probabilidade de ações de conscientização social.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para o entendimento da necessidade de políticas públicas e da segmentação de recursos para municípios conforme o volume populacional, visto que parte-se do pressuposto que esse seja o aspecto considerado para que os subsídios sejam distribuídos. A compreensão do modus operandi estatal pode incentivar a novas práticas teóricas e metodológicas da sociedade como um todo nas diferentes esferas, sejam elas sociais ou econômicas.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil e doenças pandêmicas

A saúde enquanto política pública se iniciou no Brasil de maneira filantrópica, visto que antigamente era exercida por médicos e religiosos como uma forma de ajuda ao próximo ou ação de caridade. O Estado somente intervia em casos de epidemias que requeriam vacinação e/ou ações de saneamento básico.

Historicamente, a trajetória da saúde pública no país passou por grandes marcos, tais como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP); a 3ª Conferência Nacional de Saúde; a criação do Vale Consulta e o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (Piass), além das diversas pressões de movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas e prefeituras na ditadura militar (CARVALHO, 2013).

No ano de 1980, contudo, a crise previdenciária contribuiu para a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais posteriormente, mais precisamente em 1987, foram aperfeiçoadas e transformadas em Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que se tornariam, em 1991, no conhecido Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO, 2013). Em meio a tudo isso, deve ser ressaltada a grande contribuição da Constituição Federal de 1988 nesse processo, já que ele foi responsável por colocar a saúde como um direito fundamental, dentro de outros que são considerados como essenciais para a vida humana.

De acordo com o texto constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. (...)

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Desde então, conforme aponta Slivinski (2019), toda e qualquer ação, assim como qualquer alteração imposta pela legislação e que seja voltada para a promoção de saúde, deve-se considerar os recursos e programas que o Estado disponibiliza. A saúde coletiva deve respeitar as demandas da comunidade, porém, apesar das imposições, muitos serviços não são ofertados ou se tornam inviáveis quando acontecem situações como a eclosão de uma pandemia como a do coronavírus. Estes acometimentos por vírus ou bactérias, como no caso da Covid-19 requerem internação ou mesmo um cuidado maior por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), o que provoca grande caos em termos de gestão dos serviços de saúde.

Em 2009, embora com menor proporção, o país se viu diante de uma situação delicada em termos de saúde pública com o surgimento do vírus influenza A. Derivado de suínos, o vírus foi identificado inicialmente no México e causou um novo tipo de gripe, mas que foi rapidamente disseminada (BELLEI; MELCHIOR, 2011), porém o grande volume de pessoas infectadas, com quadros gripais e de pneumonia, ganhou destaque na mídia, que também buscou atentar a população quanto as possibilidades de uma crise na saúde pública (LIMA et al., 2015).

A influenza foi considerada como uma novidade em termos de doenças virais no século XXI. O alarme foi grande por parte da imprensa em contradição com o reduzido número de informações, visto que eram noticiados somente números de infectados, internações, gravidade da doença e óbitos (LIMA et al., 2015). De acordo com Bertucci (2009, p. 230), os relatos da mídia em 2009 "parecem ecos das falas de leigos e doutores que viveram em 1918, quando a devastadora epidemia de gripe espanhola ou influenza espanhola vitimou o planeta".

Assim como ocorreu com a Covid-19, a H1N1 chegou ao Brasil em meio a uma variedade de controvérsias, pois acreditava-se que se tratava de uma gripe benigna e que não demandava medidas fora do comum. Tudo isso ocorreu devido à falta de informação quanto à origem da doença, a crença dos médicos de que o Brasil seria menos afetado que os demais países, que não seria necessária à realização de quarentena ou o fechamento de fronteiras, já que a doença se propagava com elevada rapidez, além de que se acreditava que a criação de

uma política restritiva baseada no isolamento poderia causar descontentamento na economia (LIMA et al., 2015).

Assim como no caso da Covid-19, mesmo não havendo unanimidade em relação às medidas a serem tomadas, o isolamento e a quarentena foram às primeiras práticas adotadas. Como não havia vacinas e remédios, a população foi aconselhada a tomar precauções como, por exemplo, o distanciamento social. Diante do cenário de elevada transmissão, a OMS declarou, em 2019, estado internacional de emergência. O Ministério da Saúde buscou realizar campanhas informativas em relação à situação da epidemiologia, conferindo visibilidade às ações que o governo adotou no combate à pandemia, procurando transmitir segurança à população, ao mesmo tempo em que indicava ações preventivas, e instruía na identificação de indícios e sintomas da doença (LIMA et al, 2015).

Ainda em termos históricos, o Brasil vivenciou a primeira epidemia de dengue em 1981 e 1982, sendo associada a quatro sorotipos, já que o vírus sofria mutações. Posteriormente, um novo sorotipo surgiu em 2015, ano em que foram registrados 1.649.008 casos de dengue no país. De acordo com as estimativas, ocorreram entre 50 e 100 milhões de casos/ano e 22.000 mortes por dengue, acometendo especialmente crianças. A média de mortes anual entre 1990 e 2013 chegou a 9.221, sendo que a menor ocorrência foi em 1992, 8.277 e o maior número em 2010, 11.302 mortes. Em 2016, a Panamerican Health Organization foi notificada da ocorrência de 2.249.842 casos de dengue nas Américas, dos quais 64,5% foram no Brasil, ou seja, 1.451.148 casos. Vale destacar que as estimativas não mostram os números reais de pessoas acometidas, já que os sintomas da doença podem ser confundidos com outras doenças, assim como é alta a quantidade de pacientes que não buscaram tratamento (ARAÚJO et al., 2017).

Conforme Costa, Costa e Cunha (2018), a dengue ainda acomete os estados brasileiros de maneira constante, alternando-se com outras epidemias. O país teve cerca de 11 milhões de casos entre 2002 a 2017, merecendo atenção as epidemias de 2015 e 2016 que tiveram a quantia aproximada de 1,6 e 1,5 milhões de casos, respectivamente, com taxa média de letalidade de 5,5% o também justificou a necessidade de maior planejamento, implantação e análises de programas de controle e monitoramento da saúde pública. Além do mais, os autores comprovaram em seu estudo que o combate à doença enfrenta problemas jurídicos, políticos, culturais, econômicos, sociais e infraestruturais que dificultam a gestão, o que reflete no atendimento dos pacientes. É responsabilidade dos gestores da saúde (em suas

inúmeras dimensões) identificar e compreender a relevância do fluxo dos recursos e dos serviços que um atendimento de qualidade a população requer.

2.2 Recursos públicos e suas limitações

Conforme a Constituição de 1988, as esferas municipal, estadual e federal são as responsáveis por custear as atividades e serviços públicos de saúde e financiar o Sistema Único de Saúde (SUS). Após a sua institucionalização, o financiamento da política pública/sistema se tornou foco de amplos debates, e esteve aliado, segundo Mendes (2014), a dois fatores concorrentes: (1) a introdução da saúde como direito fundamental e (2) o constante discurso da demanda por contenção de custos, e que envolvem assuntos relacionados a falta de recursos, baixa capacidade de investimento e, portanto, eventual precariedade de serviço.

Mesmo a saúde sendo considerada no Brasil como um direito fundamental, o país se diferencia de outros que oferecem os sistemas universais, pois se depara com entraves políticos, tais como assegurar financiamento ao SUS, redefinir a união público-privada, reduzir desigualdades de renda, poder e saúde. A exemplo disso, faz-se necessário citar algumas disparidades, como a elevação das despesas do SUS (0,5% no período compreendido entre 2012 a 2016) e o aumento considerável da receita bruta dos planos e seguros de saúde (27,0% considerando o mesmo período) (NORONHA et al., 2018).

Três décadas do advento constitucional, observa-se que equipamentos e serviços de saúde foram expandidos e diversificados, bem como houve uma elevação na quantidade de profissionais do segmento da saúde atuantes no SUS. Entretanto, no período compreendido 2015 e 2016 houve uma queda nos recursos ofertados (O'DWYER et al., 2019).

Repasses federais vêm sendo essenciais para que os serviços de saúde do SUS possam ser realizados, visto que as fontes de recursos estaduais e municipais encontram-se extremamente instáveis. O financiamento das atividades tem sido fundamental à execução dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dada à fragilidade das fontes de recursos estaduais e municipais. Destaca-se que a divisão desses recursos deveria ser previamente estabelecida, entretanto essa obrigação ainda não é cumprida (SANTOS, 2018).

Não obstante, deve ser destacada também a capacidade e visão dos gestores, no que diz respeito à alocação e priorização das atividades que serão beneficiadas com os valores de investimento. Nessa perspectiva merece atenção o aporte financeiro do SUS, já que desde os anos 1990 ações de descentralização da gestão vem ocorrendo, tendo como ponto de partida

as Normas Operacionais Básicas, as quais buscaram orientar, dividir competências, reconhecer a origem das ferramentas e elementos para aderir à estratégia de descentralização, os instrumentos de estrutura regional e o padrão de segmentações financeiras entre os governantes (BRANDÃO; SCHERER, 2019).

As regras presentes nas Normas, fortalecidas pelas bases da hierarquização e do planejamento predominante, estabelecidas no Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), causaram a admissão de críticos novos por outras dimensões governamentais, passando a requerer dos estados e, principalmente, dos municípios que se incumbissem da gestão da maioria dos serviços voltados para a saúde. Sendo assim, existe a demanda de que os atores locais se qualifiquem visando o gerenciamento apropriado de um sistema que se mostra desafiador devido ao seu projeto universal e integral, levando em conta, antes de qualquer coisa, que o Brasil é formado por regiões com elevadas incoerências, além de relevantes desigualdades socioeconômicas.

Conforme Sampaio et al. (2011),

[...] o projeto de governo compreende principalmente o planejamento de ações com os objetivos de definir e direcionar prioridades. A governabilidade refere-se à capacidade do gestor de controlar as variáveis intervenientes, articulando o apoio e legitimidade política obtida. Por fim, a capacidade de governo é entendida como o conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarado (SAMPAIO et al., p. 280).

Considerando que o direito à saúde dos cidadãos brasileiros dependente, entre outros elementos, do conhecimento e do exercício de profissionais e gestores qualificados para facilitar sua atuação no SUS, percebe-se que esse tem sido um dos maiores desafios para melhorar a capacidade de gestão da saúde nos municípios (BRANDÃO; SCHERER, 2019).

Esses achados vêm sendo percebidos por estudos como o de Cecílio et al. (2007) que ao investigar o caminho traçado por gestores de municípios do estado de São Paulo comprovaram ser grande a quantidade de profissionais inexperientes na gestão pública, o que torna carente seu entendimento quanto ao SUS como política pública e o papel que o gestor deverá exercer mediante a ela.

Ainda na perspectiva da relevância da qualificação/formação profissional para a prática da gestão em saúde, Vilasbôas e Paim (2008) ressaltaram que a competência do gestor municipal se mostrou como uma das variáveis mais importantes para que o SUS pudesse obter êxito em um município do Nordeste brasileiro, onde a ação da gestão demonstrava relevantes desempenhos no processo de descentralização.

Santos e Giovanella (2014) analisando a saúde pública no estado da Bahia comprovaram que uma formação limitada causa efeitos negativos no entendimento e na participação em discussões referentes à gestão da saúde nos municípios que esses gestores atuam.

Segundo Fernandes e Pereira (2020), a ausência de um planejamento globalizado entre os parâmetros que administram a divisão dos recursos para o financiamento do SUS fortalece os critérios de desigualdade presentes. Sendo assim, mesmo havendo evolução da receita em algumas épocas, no que diz respeito a gasto per capita, as desigualdades regionais não sofreram nenhuma alteração.

Outra fonte de recursos são as transferências advindas de emendas parlamentares, o que de acordo com Baptista et al. (2012) leva a crer que o planejamento dos serviços de saúde segue uma coerência política. Santos (2018) corroborou esse pensamento mostrando em seu estudo a fragilidade do Ministério da Saúde (MS) quanto à falta de melhorias na articulação regional do SUS pelos estados.

Quando o país se depara com uma pandemia provocada por uma doença desconhecida, que ainda requer investigação, o desafio se torna ainda mais complexo. Do total de infectados pela Covid-19, 19% demanda hospitalização e a taxa de mortalidade é de 2,2%. Como a transmissão do vírus ocorre pelo ar, o distanciamento social é essencial, visto que ao se manter em casa a disseminação do vírus é reduzida ao mesmo tempo em que são desonerados os atendimentos nos hospitais (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Esse distanciamento se torna quase impossível em comunidades de classes mais baixas que necessitam do transporte público para se locomover, além do fato de possuírem pouco acesso a médicos e também a adoção de medidas preventivas, como o uso regular de álcool em gel e a higienização constante das mãos (LIMA et al., 2020).

A redução dos efeitos da pandemia evidencia a necessidade de adaptações imediatas no sistema de saúde de maneira que ele possa abraçar aos infectados pelo Covid-19 (FERNANDES; PEREIRA, 2020), mas também aqueles que buscam atendimento do SUS por outras causas.

2.3 Investimento em políticas públicas

Não é comum preparar um robusto sistema de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que responda efetivamente e com qualidade situações de emergência pública. Apesar de o Brasil possuir um dos maiores sistemas de saúde do mundo, de cunho universal, fundamentada em

uma ampla rede de Atenção Primária à Saúde (APS), lacunas são evidentes, especialmente nas questões voltadas para financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Entretanto, existe um largo esforço em busca do preenchimento dessas lacunas ao longo dos anos. O Quadro 1 mostra algumas das ações que vêm sendo realizadas no segmento da saúde.

Quadro 1: Problemas e ações em saúde ao longo dos anos no Brasil.

Autor	Problema	Ação
Pessôa et al. (2016)	Baixa oferta na distribuição geográfica de leitos de UTI em hospitais de grande porte; segundo o MS estes hospitais devem oferecer pelo menos oito estruturas.	Criação de mais uma estrutura em hospitais para quem já têm pelo menos sete leitos para chegar ao número exigido pelo MS.
Vieira, Piola e Benevides (2019)	É dever do Estado oferecer acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária para todos.	É necessário maior esforço do país visando assegurar recursos suficientes para o financiamento do SUS, principalmente mediante obstáculos derivados de questões epidemiológicas, demográficas e tecnológicas que estimulam o desenvolvimento dos custos em saúde.
Sarti et al. (2020)	Considerando que 80% dos casos de Covid-19 são considerados como leves ou moderados, questiona-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), já que a rede básica é a primeira a ser procurada em caso de necessidade de cuidados.	O Ministério da Saúde precisa investir grandemente na saúde, tornando a APS seu foco e os recursos do SUS possam ser melhor controlados. A APS deve assumir seu papel como protagonista no cuidado com o SUS. Medidas como reorganização dos fluxos de usuários nos serviços, melhorias nas estruturas físicas das unidades são ações imediatistas.
Rafael et al. (2020)	Criação de medidas que reduzam as desigualdades de acesso aos sistemas de saúde e a condições estruturais para o autocuidado em regiões, levando em conta a atualização das estratégias de enfrentamento da emergência global que é a pandemia de Covid-19 e suas repercussões no nível local.	Para reduzir a velocidade da curva epidêmica são essenciais medidas de isolamento físico social. Políticas públicas sociais precisam ser repensadas no Brasil, sobretudo aquelas voltadas a proteção dos trabalhadores, investimentos no sistema de saúde e a garantia de proteção profissional.
Peci (2020)	Complexidade para o governo criar estratégias claras para o enfrentamento da pandemia.	Estratégias sofisticadas de ações públicas são necessárias visando evitar que voltem os índices alarmantes de pobreza e desigualdade social, situações que foram

		minimizadas com programas como o auxílio emergencial, bolsa família, entre outros.
Schaefer et al. (2020)	A falta de vacina que combata a Covid-19.	Adoção de intervenções não farmacêuticas (NPIS), entendidas como estratégias para controle de doenças, lesões e exposição.
Gleriano et al. (2020)	A pandemia expôs a necessidade de rápida revisão dos sistemas de saúde, para resposta oportuna em serviços integrados e universais de saúde e assistência social.	É preciso retomar o diálogo perene do subfinanciamento da saúde como uma das alternativas para enfrentar os desafios e consolidar a pauta do financiamento na agenda do SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com Silveira (2020), identificar os fluxos públicos e privados do sistema de saúde brasileiro traz facilidades na realização de investigações sobre o financiamento da política e os tipos de bem e serviços ofertados.

A inclusão de estratégias socioeconômicas emergenciais que assegurem recursos mínimos à população, especialmente aquelas de baixa renda, se tornou mais que essencial devido ao impacto socioeconômico, real ou potencial, que o distanciamento social, bem como as demais medidas de enfrentamento da Covid-19 provocou, visando não expor pessoas infectadas e, conseqüentemente, reduzir o aumento do número de casos, de óbitos, assim como o colapso nos sistemas de saúde enquanto o tratamento da Covid-19 e/ou desenvolvimento de vacinas não ocorre.

Sistemas nacionais de saúde e assistência social demandam, entre outras ações, relevantes informações que sejam capazes de quantificar as conseqüências da Covid-19 no segmento de assistência social e saúde, inclusive a morbidade e mortalidade considerando aspectos como idade, gênero, etnia e ambiente de atendimento (GLERIANO et al., 2020), para que um planejamento adequado possa ser realizado.

2.4 Desafios no planejamento das políticas públicas de saúde

Silveira et al. (2020) destacou que compreender a trajetória do capital que financia as diversas políticas públicas no país deve ser um instrumento essencial para o seu planejamento por parte dos governos, sobretudo no caso da saúde considerando a pandemia. A falta de entendimento do fluxo do dinheiro público relativo aos recursos privados impede o planejamento de interferências diretas do Estado, bem como do movimento nas dimensões responsáveis pela dinâmica do capital. Em suma, é relevante entender onde e como o dinheiro está sendo/tem sido gasto.

Saúde e economia estão diretamente associadas. O impacto econômico da pandemia refletiu na capacidade estatal, bem como a forma como o Estado gerencia o sistema de saúde e a economia. Diz-se, dentre as responsabilidades, sobre a necessidade de criar critérios sociais e definir um posicionamento estratégico junto aos órgãos globais referenciados, tais como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e demais entidades nacionais de pesquisa que fundamentam a tomada de decisões das políticas públicas emergenciais de saúde considerando aspectos técnicos e conhecimentos científicos a fim de evitar colapsos (GLERIANO et al., 2020).

Percebe-se, portanto, que o planejamento é uma importante ferramenta, tal como destaca Ferreira (2018, p. 70), que define o planejamento em saúde como “um instrumento de gestão que permite a tomada de decisões sobre prioridades e investimentos que afetam diretamente a organização da rede de serviços públicos”. Isso significa dizer que a gestão, ao discutir sobre planejamento e monitoramento, ultrapassam obstáculos referentes à estruturação do acesso aos serviços e à atenção em saúde, organização dos serviços de urgência, bem como superam o rigor administrativo, já que esses agentes demandam ser estratégicos e rápidos na tomada de decisão (GLERIANO, 2020).

De acordo com Peci (2020), a crise afasta cidadãos e gestores públicos da verdadeira condição em que as coisas se encontram, demandando reestruturar o raciocínio moral, principalmente no que se refere às obrigações sociais dos governos e as restrições dessa influência no direito individual do cidadão.

Distintas respostas foram conferidas a pandemia pelos agentes públicos, cada qual a sua maneira e conforme o recorte institucional, de independência dos agentes políticos envolvidos e na crença de mortalidade provocada pelo vírus. Nos Estados Unidos, por exemplo, houve fragmentação, já que as decisões presidenciais focaram em medidas econômicas de minimização das consequências da pandemia enquanto nas localidades, governadores e prefeitos promoviam ações que oferecessem segurança as escolas e comunidades, por meio da criação de políticas fundamentadas em NPIs (SCHAEFER et al., 2020).

No Brasil, governadores e prefeitos tomaram a dianteira criando e estabelecendo NPIs, o que talvez possa ser explicado em razão da negação da gravidade da pandemia por parte do presidente da República e, também, da autonomia concedida pelo federalismo que, em certa medida favorece que líderes do executivo estadual controlem a agenda política.

Constatou-se, porém, além de algumas inconsistências econômicas, o enfraquecimento do poder de proposição e execução de políticas públicas robustas, já que estas estavam diretamente relacionadas à ação do executivo federal.

De acordo com Sarti et al. (2020) os sistemas públicos universais de saúde baseados em uma APS robusta, resolutive, abrangente, acessível, cultural e socialmente estruturada, implicam em uma das bases de uma sociedade que considera os direitos fundamentais dos indivíduos. Por outro lado, Gleriano (2020) afirma que um dos desafios enfrentados pelo financiamento do segmento da saúde se refere a acessos técnicos e monetários que disponibilizem recursos para planejar e regular quantidade suficiente de profissionais de saúde e serviços de apoio, capacitar pessoal, adquirir insumos de distintas naturezas, equipamentos para proteção, estrutura física apropriada, tais como leitos de UTI, leitos para acompanhamento hospitalar, hospitais de campanha, promoção de medidas de prevenção, gerando, então, uma infinidade de meios que o enfrentamento da Covid-19 requer.

De acordo com Rafael et al. (2020), é relevante considerar que o SUS passou por um subfinanciamento no decorrer dos anos, o que causou uma significativa queda no número de leitos ofertados. Em 2016, a promulgação da Emenda Constitucional 95 (comumente conhecida como “Lei de Teto dos Gastos Públicos”) permitiu que o país fixasse seu orçamento para as políticas sociais por um período de 20 anos, inclusive os recursos voltados para a saúde.

Conforme Gleriano (2020), a quantidade de leitos públicos e privados em 64% das regiões de saúde se encontra menor que o estabelecido. O leito de UTI é uma importante ferramenta no combate ao vírus e mesmo assim, sua distribuição é irregular e pequena. Além disso, os leitos necessitam de tempo para serem instalados, pois se tratam de grandes investimentos financeiros, além de demandar equipamentos e recursos específicos, pessoal especializado e capaz, entre outros aspectos.

3 METODOLOGIA

Esta se trata de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória que pretendeu entender a relação entre o investimento em saúde pública e o número de casos e óbitos causados pela Covid-19 nos municípios de Pouso Alegre e Varginha, Minas Gerais.

De acordo com Michel (2005) a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo trato numérico na coleta e trato dos dados. Ela é utilizada quando se busca por resultados precisos ressaltados por meio de variáveis pré-determinadas, as quais permitem verificar possíveis interferências. No caso da pesquisa exploratória, busca-se compreender como os municípios têm lidado com os recursos monetários no enfrentamento da pandemia. Esse tipo de pesquisa é utilizado, segundo Tonetto, Brust-Renck e Stein (2014), quando o desejo é obter informações referentes à origem de um problema.

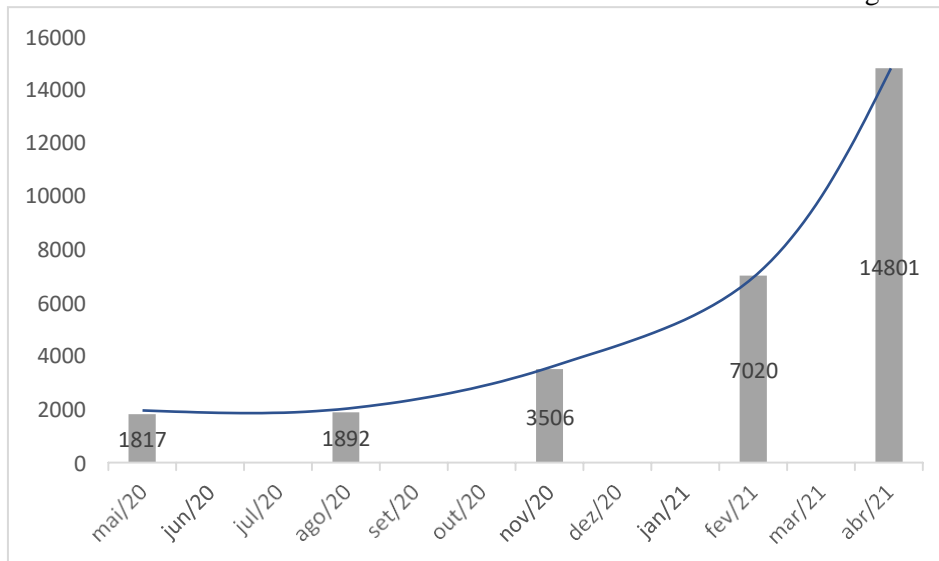
A escolha dos municípios estudados se deu por conveniência, considerando a disponibilidade de dados em plataformas oficiais. De acordo com dados secundários coletados por meio do sítio Cidade Brasil (2021), foram coletadas informações sobre o número de casos, mortes e investimentos em saúde relacionados aos casos de Covid-19 das cidades de Pouso Alegre e Varginha, ambas localizadas no sul do estado de Minas Gerais.

Foram investigados, portanto, os casos acumulados e os óbitos, considerando a variação entre maio, agosto e novembro de 2020 e fevereiro e abril de 2021. A receita dos municípios também foi avaliada nos meses citados. Os dados foram organizados utilizando-se do software Microsoft Excel, e depois de tabulados, procederam-se as análises dos resultados para o número de casos, número de óbitos, recursos empenhados pela saúde e montante pago pelos municípios.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

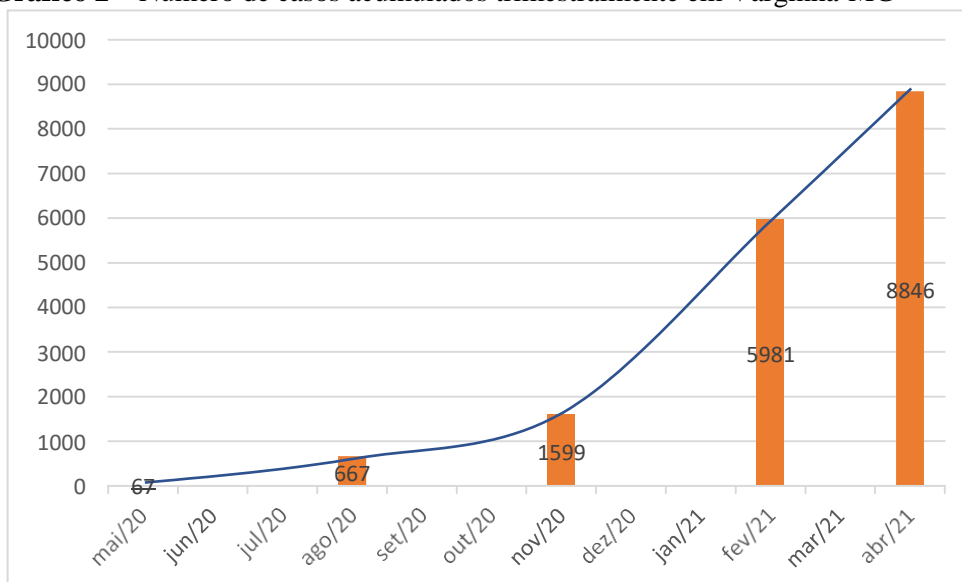
Como resultados do esforço de pesquisa, percebe-se, pelos dados dos Gráficos 1 e 2, a evolução do número de casos de Covid-19 no município de Varginha e Pouso Alegre, respectivamente, para o período investigado.

Gráfico 1 – Número de casos acumulados trimestralmente em Pouso Alegre-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

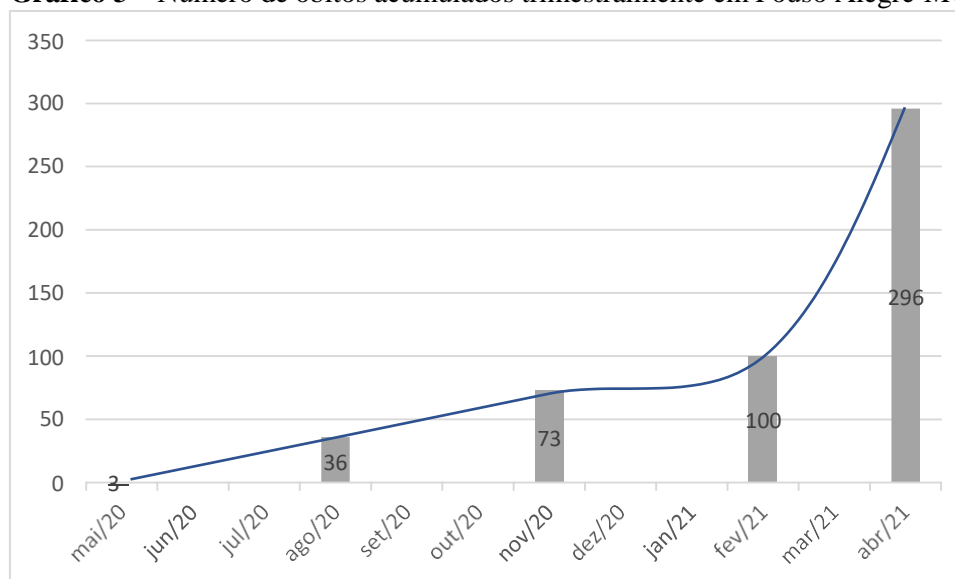
Gráfico 2 – Número de casos acumulados trimestralmente em Varginha-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

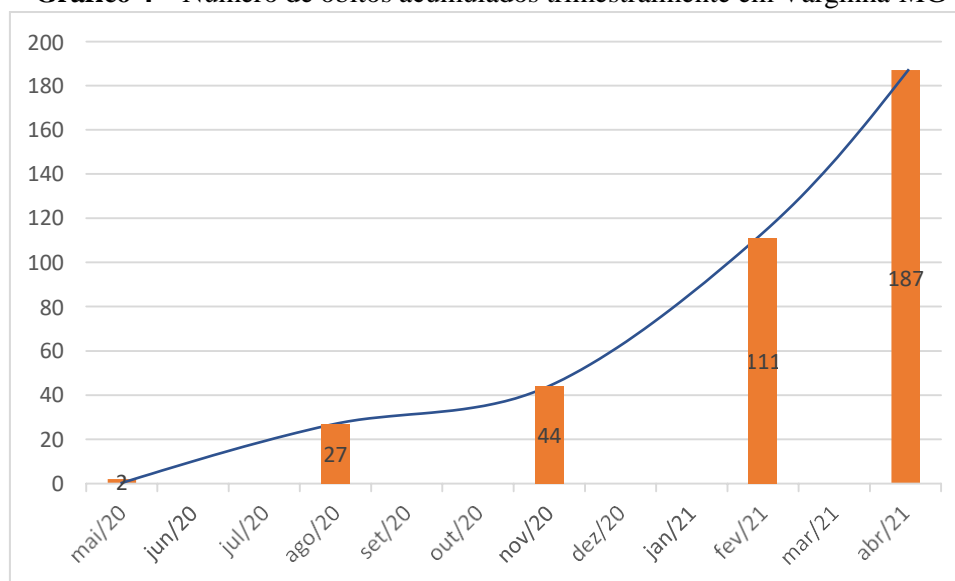
Conforme apresentam os dados, é possível observar que os números de casos cresceram progressivamente em ambos os municípios investigados, embora o município de Pouso Alegre tenha registrado quase seis mil casos a mais que o município de Varginha, mesmo considerando suas similaridades em termos de tamanho populacional. Quando se analisa o número de casos em relação à população total do município, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), temos uma relação percentual de 7,18% e 11,33%, respectivamente, para Varginha e Pouso Alegre.

Gráfico 3 – Número de óbitos acumulados trimestralmente em Pouso Alegre-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 4 – Número de óbitos acumulados trimestralmente em Varginha-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

Pelos Gráficos 3 e 4 é possível observar a evolução do número de óbitos de Covid-19 nos municípios para o período investigado, onde os resultados demonstram que a Covid-19 afetou de forma mais acentuada o município de Pouso Alegre.

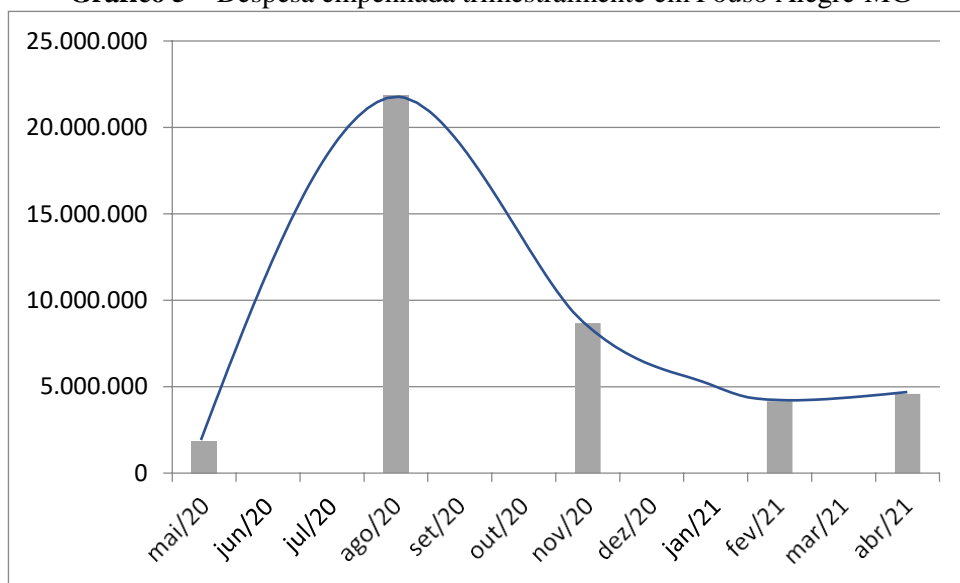
Assim como os dados do número de casos confirmados, o número de óbitos também cresceu consideravelmente em ambos os municípios. Em Pouso Alegre, no último trimestre analisado (entre fevereiro e abril de 2021) contabilizou-se 196 óbitos, ao passo que Varginha, embora também seja observado um aumento no número de óbitos, o número contabilizado no mesmo período foi de 76 óbitos.

Vale ressaltar, porém, que desde o início da pandemia até o mês de fevereiro de 2021, no município de Pouso Alegre havia uma quantidade menor de óbitos em comparação à Varginha. Em termos proporcionais, relacionado o número de óbitos e o número de casos, Pouso Alegre apresenta uma taxa de mortalidade (1,99%) decorrente da Covid-19 menor que o município de Varginha (2,11%).

A partir dos dados dos Gráficos 5 e 6 é possível observar as despesas empenhadas destinadas especificamente para casos relacionados à Covid-19 pelos municípios de Pouso Alegre e Varginha respectivamente. A despesa empenhada por cada município dispare da despesa total empenhada para a saúde, mostrando apenas os dados relativos aos gastos que cada município reservou para efetuar pagamentos de gastos relacionados aos casos de Covid-19, ou seja, o empenho demonstrado em cada gráfico é o valor que o órgão público reservou para efetuar o pagamento de implemento de condição. Em ambos os municípios a despesa variou entre os trimestres analisados quanto ao montante de valores.

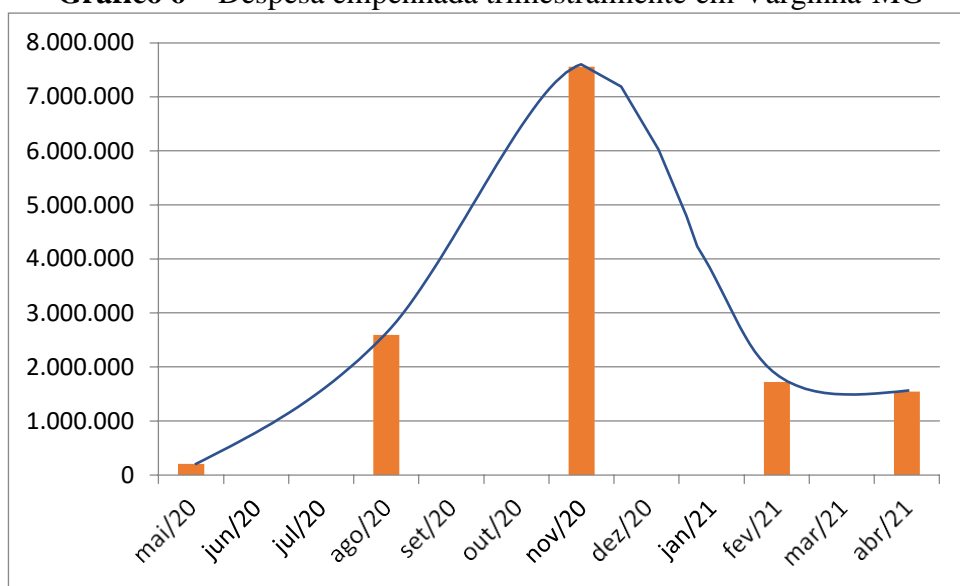
Uma das causas dessa variação pode ter sido dada pelo fato de que a capacidade governamental de arrecadação e manuseio das receitas podem ter sido oferecidas em maior valor nos meses que apresentam maior despesa empenhada do que os outros meses, o que pode ter sido responsável pela causa dessa variabilidade. Outro fator que pode ter causado tal diferenciação trimestral das despesas empenhadas é o fato de que não houve um planejamento efetivo das receitas, pois muitas a demanda que a situação da pandemia exige se altera, porém, para que haja uma resposta com maior veracidade do motivo das variações apresentadas, deve ser realizada uma pesquisa aperfeiçoada sobre tais variações.

Gráfico 5 – Despesa empenhada trimestralmente em Pouso Alegre-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

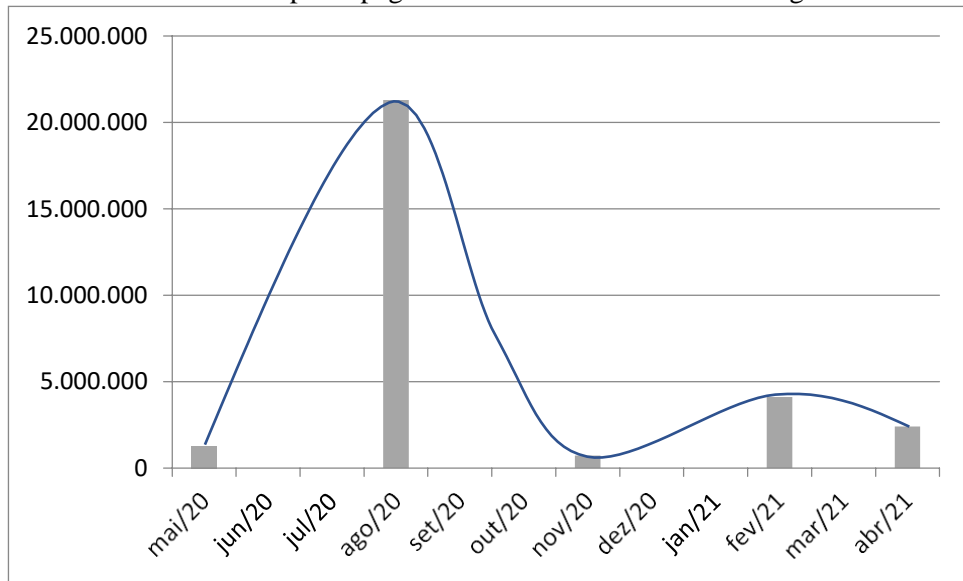
Gráfico 6 – Despesa empenhada trimestralmente em Varginha-MG



Fonte: Elaborada pelo autor

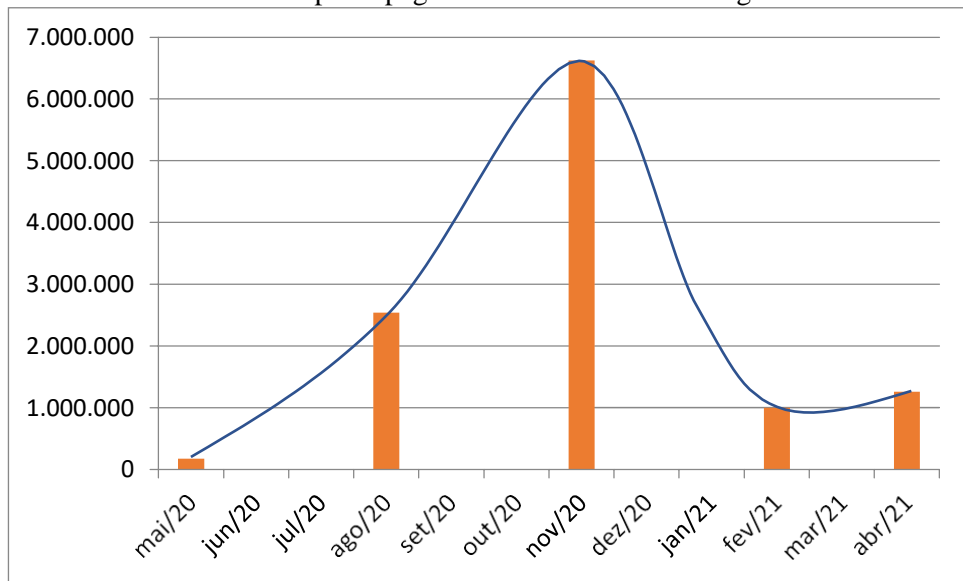
Os Gráficos 7 e 8 apresentam informações após a despesa executada, com o montante pago tanto para o município de Pouso Alegre quanto para o município de Varginha.

Gráfico 7 – Despesas pagas trimestralmente em Pouso Alegre-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 8 – Despesas pagas trimestralmente em Varginha-MG



Fonte: Elaborado pelo autor

As despesas pagas seguiram o ocorrido com as despesas empenhadas, apresentando variação entre os trimestres, mostrando mais uma vez a incerteza que a pandemia trouxe para o cenário econômico, onde mesmo que realizadas análises através de modelos tradicionais ou desenvolvidos propriamente para os impactos da pandemia, o cenário ainda vago decompõe tais métodos e assim sendo, a perda substancial de receitas dependerá de quanto tempo à pandemia demorará a ser controlada.

O total do montante pago para a área da saúde relacionada somente as necessidades da Covid-19 nos meses analisados foi, somando- os, para o município de Pouso Alegre, cerca de

R\$29.790.002,00, enquanto que para o município de Varginha, o montante pago no mesmo período foi cerca de R\$11.593.452,00, ou seja, só nos dois municípios analisados de forma trimestral, gastaram-se cerca de R\$41.383.454,00. Desta forma, nota-se mais uma vez a importância e a necessidade de políticas públicas efetivas, que podem diminuir consideravelmente gastos públicos e ainda garantir maior controle em relação à saúde pública, fato que no caso da Covid-19 poderia ter extinguido a pandemia muito antes de tomadas as proporções que chegaram, preservando não só o dinheiro público que poderia ser empregue em melhorias para longo prazo e planejadas, mas principalmente poupado vidas de milhares de pessoas no país.

5 CONCLUSÃO

Na conjuntura atual que vivemos, mais do que nunca a importância das políticas públicas são observadas, pois é através delas que o conjunto de programas, bem como suas ações, são tomadas pelos governos, afetando diretamente todos os cidadãos.

A mesma deve ser construída visando a busca a determinado serviço, sendo que no Brasil, o direito a saúde é viabilizado através do Sistema Único de Saúde, o SUS, que deve oferecer atenção universal, integral e gratuita à todos os cidadãos.

Ainda que exista uma lei para que as políticas públicas da saúde sejam efetivadas, com a pandemia atual do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, a magnitude de tal doença não foi identificada de forma efetiva, onde as decisões tomadas se mostraram mais desfavoráveis do que favoráveis à saúde pública, fato que culminou em milhares de mortes.

No trabalho desenvolvido foram observadas situações relacionadas à pandemia de Covid-19, tais como os números de casos confirmados e os óbitos, que se mostraram em constante crescimento, diferentemente dos recursos recebidos e gastos destinados aos municípios de Pouso Alegre e Varginha, que se mostraram variáveis.

No artigo 5 da Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, os objetivos do SUS são colocados, sendo a formulação de políticas de saúde, destinadas a promover nos campos econômicos e sociais, como observados nos artigos anteriores da Lei. As políticas públicas de saúde são formuladas pelo ministério da saúde, estados e até mesmo municípios, de acordo com as necessidades dos usuários, por ciclos vitais.

A chamada pasta da saúde nos governos apresenta o enfrentamento de seu uso para a pandemia da Covid-19, com enfrentamento a crise, sendo a participação da população crucial para externar a necessidade de controlar tal doença que afeta toda a população, até a pandemia acabar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, V. E. M. et al. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, suppl. 1, p. 205-216, mai. 2017.
- BAPTISTA, T. W. F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, 2012.
- BELLEI, Nancy; MELCHIOR, Thaís Boim. H1N1: pandemia e perspectiva atual. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 611-617, dez. 2011.
- BERTUCCI, Liane Maria. Gripe A, uma nova "espanhola"? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 230-231, abr. 2009.
- BRANDÃO, C. C.; SCHERER, M. D. dos A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 69-83, jan./mar., 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 12 jan. 2021.
- _____. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 8 abr. 2021.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CASTRO, E. A. A importância da qualidade do atendimento na prestação de serviços no setor público. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 41, p. 470-484, 2018.
- CECÍLIO, L. C. de O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, jul./dez. 2007.
- CIDADE-BRASIL. **Município de Lavras**. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-lavras.html> Acesso em: 10 mai. 2021.
- CIDADE-BRASIL. **Município de Pouso Alegre**. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-pouso-alegre.html> Acesso em: 10 mai. 2021.
- CIDADE-BRASIL. **Município de Varginha**. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-varginha.html> Acesso em: 10 mai. 2021.
- COSTA, E. M. da S.; COSTA, E. A.; CUNHA, R. V. Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280415, 2018.

FERNANDES, G. A. de A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento o enfrentamento à COVID-19-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 595, 613, ago. 2020.

FERREIRA, J. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, 2018.

G1.com. **Lavras é a cidade com mais mortes e maior taxa de mortalidade por Covid-19-19 no Sul de Minas**. Jul., 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/sul-de-minas/noticia/2020/07/03/lavras-e-a-cidade-com-mais-mortes-e-maior-taxa-de-mortalidade-por-Covid-19-19-no-sul-de-minas.ghtml> Acesso em: 10 mai. 2021.

GLERIANO, J. S. et al. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19-19. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. esp., e20200188, set. 2020.

INOJOSA, R. M.; FARRAN, N. Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança. **Revista de Administração Pública**, n. 28, v. 4, p. 76-96, 1994.

LAI- Lei de Acesso. **Município de Varginha**. Disponível em: <https://leideacesso.etransparencia.com.br/varginha.prefeitura.mg/TDAPortalClient.aspx?416> Acesso em: 13 jun. 2021.

LIMA, D. L. F. et al. COVID-19-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1575-1586, mai. 2020.

MACIEL-LIMA, S. M. et al. A repercussão da gripe A (H1N1) nos jornais paranaenses. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 273-291, jan./mar. 2015.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos científicos. São Paulo: Atlas, 2005.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NORONHA, J. C. et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2051-2060, 2018.

O'DWYER, G. et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019.

OLIVEIRA, M. T.; PAIXÃO, A. N. da. Desigualdades regionais de renda e as variações nos determinantes do crescimento econômico entre os Estados brasileiros no período de 1995 a 2004. **Revista de Economia**, v. 41, n. 1, p. 145-170, jan./abr. 2015.

PECI, A. A resposta da administração pública brasileira aos desafios da pandemia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1-3, jul./ago. 2020.

PESSÔA, L. R. et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40. n. 110, p. 9-19, jul./set. 2016.

PINHEIRO, R. H. et al. Investimento financeiro e indicadores de desempenho em ações e serviços públicos de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 45090-45104, jul. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE. **Covid-19-19**. Disponível em: <https://pousoalegre.mg.gov.br/Covid-19.asp> Acesso em: 10 mai. 2021

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA. **Painel Covid-19 – Município**. 2021. Disponível em: <https://bi.anna.center/w5/tdaportalclient.aspx> Acesso em: 10 mai. 2021.

RAFAEL, R. de M. R. et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19-19: o que esperar no Brasil? **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e49570, 2020.

RODRIGUES, S. M.; SILVA, A. F. da; KRÜGER, L. M. Causas da não integração do orçamento com os objetivos estratégicos. **Anais... XXI Congresso Brasileiro de Custos – Natal, RN, Brasil, 17 a 19 de novembro de 2014**.

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SCHAEFER, B. M. et al. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 5, p. 1429-1445, set./out. 2020.

SERVO et al. Financiamento do SUS e Covid-19-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, p. 1-22, 2020.

SILVEIRA, F. G et al. **Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. (Textos para discussão n. 43).

SLIVINSKI, C. T. **Saúde Pública e Saúde Coletiva**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS. **Painel Coronavírus – Lavras/MG**, mai. 2021. Disponível em: <https://datastudio.google.com/reporting/9811bfdf-6490-4ad3-9c39-8405fb22e956/page/TwPRB?s=iXsA9JukrOO> Acesso em: 10 mai. 2021.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Rio de Janeiro: Brasília: IPEA, 2019. (Texto para discussão n. 2516).

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.