

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS  
DE FOZ DO IGUAÇU  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA - MESTRADO**

Tatiana Marli de Azeredo

**Financiamento, medidas de enfrentamento e mortalidade por Covid-19 em  
municípios de fronteira internacional do Paraná**

FOZ DO IGUAÇU  
2023

**TATIANA MARLI DE AZEREDO**

**Financiamento, medidas de enfrentamento e mortalidade por Covid-19 em municípios de fronteira internacional do Paraná**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Foz do Iguaçu  
2023

## FICHA CATALOGRÁFICA:

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Azeredo, Tatiana Marli de  
Financiamento Medidas de Enfrentamento e Mortalidade por  
Covid-19 em Municípios de Fronteira Internacional do Paraná /  
Tatiana Marli de Azeredo; orientadora Maria Lucia Frizon  
Rizotto. -- Foz do Iguaçu, 2023.  
90 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) --  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de  
Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região  
de Fronteira, 2023.

1. A fronteira como território de integração entre povos.  
2. A saúde como um direito. 3. O financiamento do Sistema  
Único de Saúde. 4. A pandemia de COVID-19. I. Frizon Rizotto,  
Maria Lucia, orient. II. Título.

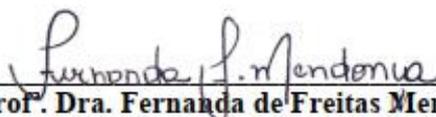
AZEREDO, T. M. D. A. **Financiamento, medidas de enfrentamento e mortalidade por Covid-19 em municípios de fronteira internacional do Paraná.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

Aprovado em: **05/09/2023**

**Banca examinadora**

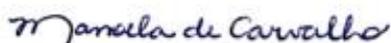


**Orientador: Prof. Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto**  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Campus Foz do Iguaçu



---

**Prof. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça**  
Universidade Estadual de Londrina – UEL



**Prof. Dra. Manoela de Carvalho**  
Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) – Campus de Botucatu

Dedico à minha querida vizinha Cecília Francisca de Azeredo (*In Memoriam*), a qual ficou muito feliz em saber que eu estava cursando mestrado e hoje brilha no céu.

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos se estendem a todas as pessoas que direta e/ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste estudo. Estudo esse que iniciou em 2021, quando entrei no mestrado.

Primeiramente, agradeço ao papai do céu, meu amado Deus, por ser meu guia, iluminando-me e dando-me forças, coragem e sabedoria para seguir em frente com a pesquisa, mesmo diante de todas as dificuldades que se apresentaram no decorrer do caminho.

Agradeço à minha família, minha base, por entenderem minha ausência focada no mestrado e longe deles. Meu carinho especialmente à minha mãe Noemi P. de Azeredo por ouvir minhas aflições e me encorajar sempre, dizendo: “Filha, dará tudo certo!”.

À minha filha Gyovanna de Azeredo Costa, meu porto seguro, a quem eu devo todo o incentivo e por ter compreendido todo esse processo árduo, ficando distante dela.

Ao meu pai Ivo A. de Azeredo por suas palavras e seu apoio.

Ao meu irmão Thiago F. de Azeredo, quando me levava para aula, dizia “Vai vencer!”.

Ao meu namorado Francielyton das Candeias pela sua motivação, entusiasmo e paciência comigo, quando passava muitos fins de semana longe dele.

À minha avó materna Mathilde Olga Sandri pelo acalento e à minha sobrinha Francini Jhuly de Azeredo pela atenção.

De forma muito singela, agradeço minha orientadora Maria Lucia Frizon Rizzotto, a qual não mediu esforços para contribuir com meu trabalho e sua construção, sempre enriquecendo o conteúdo, dando-se direcionamento e apontando onde poderíamos avançar, uma pessoa iluminada.

À professora Manoela pelo seu apoio no desenvolvimento do trabalho e suas aulas massa.

Aos docentes por tanto aprendizado e crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas de mestrado pela contribuição e partilha da mesma luta, ufa, vencemos!

À Unioeste pela oportunidade de cursar o Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira e produzir conhecimento acerca dessa região, como devolutiva para a sociedade local na construção de novos saberes.

Por fim, gratidão a todas as pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou cidadãos que foram acometidos pela Covid-19 e sobreviveram, que possam refletir em suas ações e vida cotidiana na esperança de um mundo melhor!!! Muito Obrigado!!!!!!!!!!!!!!

O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes...

(Cora Coralina)

## RESUMO

AZEREDO, T. M. D. A. **Financiamento, medidas de enfrentamento e mortalidade por Covid-19 em municípios de fronteira internacional do Paraná.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

A pandemia de Covid-19, infecção causada pelo coronavírus Sars-Cov-2, foi declarada emergência global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em janeiro de 2020, constituindo-se no maior e mais importante evento epidemiológico dos últimos 100 anos. No Brasil, foram mais de 700 mil mortes, muitas destas evitáveis se a esfera federal tivesse agido no sentido de coordenar o seu enfrentamento. O presente estudo, de caráter transversal com abordagem quantitativa, teve como objetivo analisar o financiamento, as ações de enfrentamento e a mortalidade por Covid-19 nos nove municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde do Paraná (Foz do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, Missal, Itaipulândia, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu). A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados obtidos em sistemas de informação de acesso público, como o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); o Fundo Nacional de Saúde (FNS); o Portal de Transparência e os sites das prefeituras e das secretarias de saúde dos municípios campo do estudo; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). Os resultados mostraram que houve importante repasse de recursos federal e estadual para os nove municípios nos anos de 2020 e 2021, com significativa variação per capita. Em relação ao uso de recursos próprios em saúde, todos os municípios cumpriram com o mínimo previsto em lei, mas, com exceção de Medianeira e Itaipulândia, que aumentaram o aporte de recursos durante a pandemia, os demais reduziram o volume de recursos próprios investido em saúde, e poucos retornaram, nos anos seguintes à pandemia, ao patamar anterior a ela. Em relação às ações de enfrentamento, observou-se certa homogeneidade entre os municípios, pois todos elaboraram planos de contingência, criaram mecanismos para acompanhamento da evolução da pandemia e tomaram medidas para garantir o distanciamento social e impedir a disseminação da doença. Entretanto, dada a autonomia dos gestores municipais para decretar as medidas em seu território, essas nem sempre foram tomadas no mesmo momento, o que pode ter reduzido a sua eficácia dada a contiguidade entre os municípios. O município de Foz do Iguaçu, por ser fronteira internacional, implementou barreiras sanitárias em pontos específicos, como aeroporto, rodoviárias, pontos turísticos e pontes de ligação entre os países vizinhos. A mortalidade por Covid-19 na 9ª Regional de Saúde foi de 4,60/mil habitantes, maior que a média estadual de 4,08/mil habitantes e a nacional de 3,36/mil habitantes. Entre os municípios estudados a maior mortalidade e letalidade aconteceu no município de Santa Terezinha de Itaipu. Conclui-se, assim, que o volume de recursos repassados pelas esferas estadual e nacional permitiu aos municípios reduzir o aporte de recursos próprios durante a pandemia, enquanto a maior mortalidade na 9ª Regional de Saúde do Paraná pode ter relação com o fato de ser região de fronteira. Portanto, sugere-se maior clareza em relação aos critérios utilizados para o repasse de recursos aos municípios e sistemas de informação que permitam um melhor acompanhamento sobre o uso de recursos públicos na área da saúde.

**Palavras-chave:** COVID-19; Gestão em Saúde; Financiamento; Fronteira; Pandemia; Sistema Único de Saúde; Mortalidade.

## ABSTRACT

AZEREDO, T. M. D. A. **Financing, coping measures, and Covid-19 mortality in international border municipalities of Paraná.** 2023. Dissertation (Master's in Public Health in Border Regions) - Center for Education, Letters, and Health, Western Paraná State University, Foz do Iguaçu, 2023.

The Covid-19 pandemic, an infection caused by the Sars-Cov-2 coronavirus, was declared a global emergency by the World Health Organization (WHO) in January 2020, constituting the largest and most significant epidemiological event of the last 100 years. In Brazil, there were over 700,000 deaths, many of which could have been avoided if the federal sphere had acted to coordinate its containment. This present study, of a cross-sectional nature with a quantitative approach, aimed to analyze the funding, containment actions, and mortality due to Covid-19 in the nine municipalities that are part of the 9th Health Regional of Paraná (Foz do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, Missal, Itaipulândia, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, and Serranópolis do Iguaçu). The research was conducted based on data obtained from public access information systems such as the System of Information on Public Health Budgets (SIOPS), the National Health Fund (FNS), the Transparency Portal, and the websites of the municipalities' local health departments within the study area, the National Register of Health Establishments (CNES), and the Paraná State Health Department (SESA). The results showed significant federal and state resource allocation to the nine municipalities in the years 2020 and 2021, with a notable per capita variation. Regarding the use of local resources in healthcare, all municipalities met the minimum required by law, but except for Medianeira and Itaipulândia, which increased resource allocation during the pandemic, the others decreased the volume of their own resources invested in healthcare, and few returned to the pre-pandemic level in the years following it. Regarding containment actions, there was a certain uniformity among the municipalities, as all of them devised contingency plans, established mechanisms to monitor the pandemic's progression, and took measures to ensure social distancing and prevent disease spread. However, due to the autonomy of municipal leaders to decree measures within their territories, these measures were not always implemented simultaneously, potentially reducing their effectiveness given the proximity between the municipalities. Foz do Iguaçu, as an international border city, implemented sanitary barriers at specific points, such as the airport, bus terminals, tourist spots, and bridges connecting neighboring countries. The Covid-19 mortality in the 9th Health Regional was 4.60 per thousand inhabitants, higher than the state average of 4.08 per thousand inhabitants and the national average of 3.36 per thousand inhabitants. Among the studied municipalities, the highest mortality and lethality rates occurred in Santa Terezinha de Itaipu. Thus, it is concluded that the amount of resources provided by the state and national spheres allowed municipalities to reduce their own financial contributions during the pandemic. However, the higher mortality rate in the 9th Health Regional of Paraná might be related to its status as a border region. Therefore, it is suggested to have clearer criteria for resource allocation to municipalities and information systems that enable better monitoring of the use of public funds in healthcare.

**Keywords:** COVID-19; Health Management; Financing; Border; Pandemic; Unified Health System; Mortality.

## RESUMEN

AZEREDO, T. M. D. A. **Financiamiento, medidas de afrontamiento y mortalidad por Covid-19 en municipios fronterizos internacionales de Paraná.** 2023. Tesis (Maestría en Salud Pública en Regiones Fronterizas) - Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Foz do Iguacu, 2023.

La pandemia de Covid-19, una infección causada por el coronavirus Sars-Cov-2, fue declarada emergencia global por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero de 2020, constituyéndose en el evento epidemiológico más grande y significativo de los últimos 100 años. En Brasil hubo más de 700,000 muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado si la esfera federal hubiera actuado para coordinar su contención. Este estudio, de carácter transversal con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo analizar la financiación, las acciones de contención y la mortalidad por Covid-19 en los nueve municipios que forman parte de la 9ª Región de Salud de Paraná (Foz do Iguacu, Medianeira, Matelândia, Missal, Itaipulândia, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguacu y Serranópolis do Iguacu). La investigación se desarrolló a partir de datos obtenidos de sistemas de información de acceso público, como el Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud (SIOPS), el Fondo Nacional de Salud (FNS), el Portal de Transparencia y los sitios web de los departamentos de salud locales de los municipios dentro del área de estudio. Además, se recopiló información del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) y del Departamento de Salud del Estado de Paraná (SESA). Los resultados mostraron una asignación significativa de recursos federales y estatales a los nueve municipios durante los años 2020 y 2021, con una notable variación per cápita. En cuanto a la utilización de recursos locales en atención médica, todos los municipios cumplieron con los requisitos mínimos exigidos por ley. Sin embargo, a excepción de Medianeira e Itaipulândia, que aumentaron su asignación de recursos durante la pandemia, los demás municipios disminuyeron su inversión en atención médica. Pocos municipios regresaron a sus niveles de financiamiento previos a la pandemia en los años posteriores a esta. En cuanto a las acciones de contención, se observó cierta uniformidad entre los municipios, ya que todos ellos elaboraron planes de contingencia, establecieron mecanismos para monitorear la evolución de la pandemia y tomaron medidas para garantizar el distanciamiento social y prevenir la propagación de la enfermedad. Sin embargo, debido a la autonomía de los gestores municipales para decretar medidas en sus territorios, dichas acciones no siempre se implementaron simultáneamente, lo que podría haber reducido su efectividad dada la proximidad entre los municipios. Foz do Iguacu, como ciudad fronteriza internacional, implementó barreras sanitarias en puntos específicos, como el aeropuerto, terminales de autobuses, lugares turísticos y puentes que conectan con países vecinos. La mortalidad por Covid-19 en la 9ª Región de Salud fue de 4.60 por cada mil habitantes, más alta que el promedio estatal de 4.08 por cada mil habitantes y el promedio nacional de 3.36 por cada mil habitantes. Entre los municipios estudiados, las tasas de mortalidad y letalidad más altas ocurrieron en Santa Terezinha de Itaipu. Por lo tanto, se concluye que el volumen de recursos transferidos por los niveles estatales y nacionales permitieron a los municipios reducir su contribución financiera propia durante la pandemia. Sin embargo, la mayor mortalidad en la 9ª Región de Salud de Paraná podría estar relacionada con su condición de región fronteriza. Por lo tanto, se sugiere tener criterios más claros para la asignación de recursos a los municipios y sistemas de información que permitan un mejor seguimiento del uso de fondos públicos en el ámbito de la salud.

**Palabras clave:** COVID-19; Gestión en Salud; Financiamiento; Frontera; Pandemia; Sistema Único de Salud; Mortalidad.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Mapa dos municípios pertencentes à 9ª Regional do Paraná .....	45
<b>Figura 2.</b> Mapa dos municípios da 9ª Regional de Saúde, segundo fator de redução das desigualdades regionais. Paraná/Brasil, 2023 .....	48

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> População, porte e IDHM dos municípios da 9ª Regional de Saúde. Paraná/Brasil, 2023 .....	48
<b>Quadro 2.</b> População e serviços de saúde presentes no território, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023.....	57
<b>Quadro 3.</b> Eixos Temáticos com as principais medidas para enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023 .....	68

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> População Residente, óbitos, óbitos/mil habitantes e letalidade por Covid-19, segundo Brasil, estado do Paraná e municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023 .....	52
<b>Tabela 2.</b> Transferências do Governo Federal em valores absolutos e per capita para custeio de ações visando ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023.....	58
<b>Tabela 3.</b> Transferências do Governo Federal em valores absolutos e per capita para investimento visando ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023 .....	59
<b>Tabela 4.</b> Transferências de recursos do governo estadual para a saúde em valores absolutos e per capita nos anos de 2020 e 2021, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023 .....	63
<b>Tabela 5.</b> Percentual da receita de impostos e transferências constitucionais aplicados com Ações e Serviços Públicos de Saúde, segundo ano e municípios da 9ª Regional de Saúde. Paraná/Brasil, 2023.....	65

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AFE	Certificado de Autorização de Funcionamento
AFM	Auxílio Financeiro aos Municípios
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CF	Constituição Federal de 1988
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRASS	Centro de Referência da Assistência Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COE	Centro de Operação Emergencial
CGR	Comissão Intergestores Regional
COVID-19	Síndrome respiratória aguda e grave, causada pelo Novo Coronavírus
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EC	Ementa Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IRPF	Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FHC	Fernando Henrique Cardoso
LC	Leis Complementares
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PCDs	Pessoas com Deficiência
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Severa causada por Coronavírus
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA/PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UF	Unidade Federativa

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>22</b>
2.1 Objetivo geral .....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
3.1 A fronteira como território de integração entre povos .....	23
3.2 A saúde como um direito .....	26
3.3 O financiamento do Sistema Único de Saúde .....	30
3.4 A pandemia de COVID-19.....	35
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>44</b>
4.1 Tipo de pesquisa.....	44
4.2 Campo da pesquisa.....	44
4.3 Coleta de dados .....	46
4.4 Tratamento dos dados.....	47
4.5 Aspectos éticos.....	47
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
5.1 Caracterização dos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná .....	48
5.2 Mortalidade por COVID-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná .....	51
5.3 Rede de atenção e transferência de recursos federais para municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná.....	55
5.4 Transferência de recursos estaduais para municípios da 9ª Regional de Saúde.....	62
5.5 Aplicação de recursos próprios nas ações e nos serviços públicos de saúde pelos municípios da 9ª Regional de Saúde.....	65
5.6 Ações realizadas pelos municípios da 9ª Regional de Saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 .....	67
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	<b>75</b>
<b>8. REFERENCIAS</b> .....	<b>77</b>

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Dominguez (2020), o conceito de pandemia está associado à ocorrência de uma doença transmissível, caracterizada por larga distribuição espacial, atingindo várias nações ao mesmo tempo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença, o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, espalha-se por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Matta *et al.* (2021) definem pandemia como uma tendência epidemiológica que pode se tornar evento em escala global.

A OMS, no final de janeiro de 2020, emitiu o seu mais forte alerta sobre uma possível pandemia e, em 11 de março de 2020, declarou a existência de uma pandemia causada por um novo coronavírus, o Sars Cov-2. Assim, toda pandemia se caracteriza como uma situação de emergência de saúde pública de importância internacional (GHEBREYESUS, 2020).

Conforme Dominguez (2020), entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, os casos de pessoas contaminadas com o novo coronavírus eram de 7.834, quando se iniciaram as primeiras notificações de quadros inexplicados de pneumonia na cidade de Wuhan, na província chinesa de Hubei. Em julho de 2023, o quadro mundial é o seguinte: casos confirmados 767.726.861 e 6.948.764 mortes pela Covid-19. No Brasil, foram confirmados 38.435.774 casos e morreram 703.964 pessoas. Já o Paraná computou 2.946.937 de casos confirmados e morreram pela doença 46.419 pessoas (BRASIL, 2023).

Entretanto, o número de óbitos por Covid-19 pode ser bem maior, estimativas da OMS apontam que o número total de mortes comparadas, direta ou indiretamente, à pandemia de Covid-19, descrito como “excesso de mortalidade”, entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021 gira em torno de 14,9 milhões (intervalo de 13,3 milhões a 16,6 milhões) (OPAS, 2022). Esses números a mais de mortalidade, informados pela OMS, refletem pessoas que morreram de Covid-19, bem como aquelas que morreram como resultado indireto, ou seja, pessoas com outras condições de saúde que não puderam acessar os serviços dada a sobrecarga dos sistemas. Além disso, destaca-se a subnotificação, sobretudo, em países sem sistemas de informação adequados (REUTERS, 2022).

Diante disso, a pandemia mostrou a necessidade de os países investirem em sistemas de saúde mais resilientes que possam sustentar serviços essenciais de saúde durante crises sanitárias, incluindo sistemas de informação de saúde mais robustos e confiáveis (OPAS, 2022). Pinto (2021) salienta que a pandemia de Covid-19 e o estado de emergência de saúde pública de importância internacional, reconhecido pela Lei Federal 13.979, de 6 de fevereiro

de 2020 (BRASIL, 2020a), deixa transparecer a fragilidade orçamentário-financeira que afeta o Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação. Mas, apesar das dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde brasileiro, Simão (2020) afirma que o SUS mostrou sua resiliência durante a pandemia, uma vez que se trata de um sistema robusto, embora apresente desigualdades na oferta de serviços que impactam, de forma diferenciada, a mortalidade nos estados e nos municípios.

Em entrevista à Agência Brasil, o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), César Eduardo Fernandes, afirmou que a resposta do SUS à pandemia foi “de razoável para boa”. Destacou, ainda, que muitos hospitais foram reequipados e leitos de UTI ampliados com reforço das equipes médicas, mas questiona se essa resposta não poderia ter sido melhor se a Atenção Básica (AB) não tivesse perdido investimento nos últimos anos (FERNANDES, 2022).

Costa, Rizzotto e Lobato (2020, p. 01) afirmam que a importância do SUS foi reconhecida pela sociedade brasileira durante a pandemia, constituindo-se em uma janela de oportunidades, ou seja, “um momento para ampliar a consciência crítica que confere valor social sobre o direito à saúde e a defesa do SUS como basilar à democracia”. Na mesma direção, Rivaldo Venâncio, coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência, afirma que, quando se fala de serviços de saúde, é preciso que os usuários entendam a relevância do SUS, pois: o laboratório de referência nacional para o diagnóstico do novo coronavírus é da Fiocruz, que integra o SUS; quem está coordenando as atividades de vigilância em saúde é o Ministério da Saúde, que é do SUS; quem investiga os casos de contaminação ou suspeitos são os laboratórios de saúde pública, pertencentes ao SUS; e o atendimento, quando necessário, é garantido pelo SUS (DOMINGUEZ, 2020).

A presença do Estado em momentos de crise sanitária é fundamental para o financiamento e para instituir medidas oportunas de enfrentamento que, quando coordenadas, organizadas e articuladas, diminuem o desfecho mais indesejado de uma pandemia, que são os óbitos. No Brasil, a ausência de uma coordenação nacional levou os governos estaduais e municipais a assumirem o protagonismo no combate à pandemia, além de emitirem decretos com medidas restritivas visando evitar aglomerações, diminuir a contaminação pelo vírus e postergar o pico da curva epidêmica para evitar o colapso do sistema (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

No âmbito do financiamento, o Congresso Nacional promulgou, no dia 7 de maio de 2020, a Proposta de Emenda à Constituição 10/2020 (PEC 10/20), que trata do Orçamento de

Guerra, para combater a crise gerada pela pandemia do novo coronavírus. Davi Alcolumbre, então presidente do Senado, afirmou em entrevista que, no mundo inteiro, diversos governos e parlamentos adotaram medidas de contenção da queda abrupta da atividade econômica, bem como medidas para enfrentar os problemas sociais provocados pela redução da atividade econômica e social, logo, no Brasil, não poderia agir de forma diferente com a pandemia (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

O repasse de recursos federais para a saúde é feito pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), de forma direta, aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, mediante pactuações de cobertura e abrangência, além das determinações da Lei Federal nº 8.142, de 1990, que regula as condições de financiamento da saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2016). O desafio do financiamento da saúde no Brasil tem suas raízes desde a criação do SUS, constituindo-se numa preocupação permanente de gestores e profissionais envolvidos diretamente com a consolidação do sistema de saúde, uma vez que o acesso à saúde no SUS é bastante desigual, com destaque para regiões de fronteira. Garantir a universalidade com integralidade e combater as desigualdades em saúde diante de um cenário de crise têm se transformado em um grande desafio para os diversos atores da área da saúde (PEREIRA; SOUSA; MONT ALVERNE, 2018).

Desse modo, Bousquat *et al.* (2021) afirmam que é indispensável que o governo federal recupere financeiramente o sistema universal de saúde, cessando as restrições impostas à sua capacidade de cumprir plenamente seus princípios e suas diretrizes constitucionais e que estão levando ao seu desfinanciamento e ineficácia. No caso do período de pandemia de Covid-19, os recursos federais foram da ordem de R\$ 600 bilhões, compreendendo auxílio emergencial, benefício emergencial para manutenção do emprego e renda, atenção à saúde, entre outros programas (BRASIL, 2021; TCU, 2021).

Para o combate à Covid-19, foram emitidas portarias e decretos orientando os municípios em relação à organização dos serviços, das ações e dos cuidados da população nesse período de excepcionalidade. No que se refere ao financiamento, a Portaria GM/MS nº 3.896 dispôs sobre a transferência de recursos financeiros aos estados e ao Distrito Federal para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020b). A portaria indica que a divisão dos recursos deve seguir critérios de pactuação estabelecidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CGR), podendo abranger atenção especializada, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, aquisição de

suprimentos e insumos, custeio de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI – Covid-19), custeio de leitos de suporte ventilatório pulmonar e tratamento de infecção pelo Novo Coronavírus, bem como as ações de acompanhamento clínico e reabilitação de pacientes pós-Covid (BRASIL, 2020b).

Para Bresser-Pereira (2021), a preocupação é como serão financiados os elevados gastos com a Covid-19. Refere-se que a aprovação pelo Congresso da Emenda Constitucional 106, denominada “Orçamento de Guerra”, que instituiu um regime extraordinário, fiscal, financeiro e de contratações, autorizou a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal e a inobservância da “regra de ouro” que determina que as receitas de operações de crédito não podem ser utilizadas para financiar despesas correntes.

Em relação ao combate à pandemia, municípios de fronteira, como Foz do Iguaçu, enfrentaram uma dualidade entre controle e integração, uma vez que, cotidianamente, brasileiros, paraguaios e argentinos cruzam as fronteiras por razões comerciais, industriais, laborais, de educação formal, utilização dos serviços de saúde, por práticas religiosas, entre outras. Nesse contexto, os municípios de fronteira foram duplamente afetados pela pandemia da Covid-19, tanto no que se refere à saúde quanto à economia, na medida em que as ações dos governos dos países fronteiriços nem sempre coincidiram; em diferentes momentos, os países fecharam as pontes que interligam os países (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021). Os mesmos autores revelaram que grande parte da população compreendeu a gravidade da doença e aderiu às medidas sanitárias não medicamentosas, como distanciamento físico, uso de máscara e uso de álcool gel. No entanto, o negacionismo do Governo Federal fez com que o Brasil fosse o segundo país com o maior número de mortes por Covid-19 no mundo, perdendo apenas para os EUA, com 1.127.152 mortes registradas (OPAS, 2022).

Esta pesquisa tomou como objeto de estudo o financiamento público utilizado para enfrentar a crise sanitária causada pela Covid-19, considerada como crise sanitária global. A ausência de estudos que abordem o financiamento na pandemia em municípios de fronteira internacional justifica a realização do presente estudo que busca responder a seguinte pergunta: Como ocorreu o financiamento e quais foram as medidas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 implementadas nos municípios da tríplice fronteira internacional que compõem a 9ª Regional de Saúde, para controle da mortalidade?

A hipótese é de que houve aumento dos recursos financeiros repassados pelos governos federal e estadual aos municípios em relação ao período anterior à pandemia, mas a ausência de uma coordenação nacional na condução dela levou a ações improvisadas e sem

articulação nos diferentes municípios, com impacto na mortalidade pela Covid-19.

## **2. OBJETIVO**

### 2.1 Objetivo geral

Analisar o financiamento, as ações de enfrentamento e a mortalidade por Covid-19 nos nove municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde do Paraná.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná em relação ao porte, à rede de atenção e ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM);
- Conhecer o volume de recursos financeiros repassados pelo governo federal e o estadual para o enfrentamento da pandemia aos nove municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná;
- Analisar a utilização de recursos próprios em saúde, antes, durante e após a pandemia;
- Identificar as principais ações de enfrentamento da Covid-19 estabelecidas pelos gestores dos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná;
- Identificar a mortalidade por Covid-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A fronteira como território de integração entre povos

A fronteira pode ser compreendida como “espaços limites”, no âmbito jurídico formal, e espaço de vivências integrativas, no âmbito cotidiano, são peculiares, antecedendo à discussão e formação dos blocos econômicos, de normativas e acordos bilaterais ou multilaterais (PREUSS, 2014). Villa *et al.* (2001) relacionam o espaço fronteiriço com o resultado das tensões e contradições multiescalares existentes dentro da própria realidade local e regional. Ainda, Santos e Silveira (2001) conceituam espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, um conjunto de fixos e fluxos que interagem.

Faria e Bortolozzi (2009) realizaram estudo sobre território tendo como base o geógrafo Milton Santos e afirmam que a utilização dos conceitos de espaço e território, apresentados pelos autores, permitiram mudar o foco de atenção, que, antes, era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde, considerando que a apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades/doenças. Os autores reiteram que, na obra desse geógrafo, o território é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais e que não é possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção.

Ao entender essas relações, que se desdobram em diferentes funções-usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde. A abordagem do território nessa perspectiva permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, entre outras) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, entre outros) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais, como saúde, educação, renda e habitação.

Para Faria e Bortolozzi (2009), uma das consequências do mundo globalizado é que tornou possível os fluxos de vírus e bactérias, que podem se alastrar rapidamente nas diversas regiões do globo e produzir grandes epidemias. Nesse contexto, a geografia se apresenta, de um lado, como a ciência do estudo das relações entre a sociedade e a natureza, portanto, vê-se fortalecida e desempenha um papel fundamental nas análises ambientais nas diversas escalas,

por outro lado, como a ciência do estudo do espaço irá ao encontro das necessidades enfrentadas pela Epidemiologia.

As regiões de fronteira são espaços complexos, pois, nelas existem fatores de conflito e integração, com isso, deve-se considerar que as políticas sociais e econômicas implementadas em um Estado repercutem diretamente na população de fronteira. Isso implica em associar o que hoje se conhece como espaço fronteiriço, enquanto resultante das tensões e contradições presentes dentro da realidade local e regional (NOGUEIRA; CUNHA, 2020).

Considerado isso, um estudo sobre o direito à saúde em municípios de fronteira internacional, realizado por Aikes e Rizzotto (2018), mostrou que princípios do SUS, como a integralidade e a universalidade de acesso, constituem-se motivos de deslocamento de estrangeiros para o Brasil, mas identificaram que o direito à saúde nessas regiões apresenta uma instabilidade que depende da postura ética e política dos sujeitos envolvidos com o seu alcance, garantia e fruição. Por isso, recomendam que os esforços de cooperação entre os países deveriam ser no sentido de garantir o acesso a serviços públicos dos transfronteiriços e auxiliar os gestores municipais na elaboração de estratégias, visando à integração dessas regiões e à melhoria da qualidade de vida dessas populações.

Estudos mostram que as fronteiras são subfinanciadas, logo, o direito nesses espaços pode ser facilmente negado, tendo em vista a alta porosidade desses territórios. O limite de financiamento público e a “não contrapartida” de outros países frente a esse financiamento constituem problemas peculiares dessas regiões (PÊGO *et al.*, 2020). Assim, ao tomar como objeto a fronteira internacional, deve-se superar a concepção tradicional de fronteira, entendendo-a num exercício interpretativo complexo que seja capaz de compreender a dinamicidade e a rapidez com que se processam as relações estabelecidas entre povos que habitam as linhas da divisa (MULLER; RADDATZ; STRASSBURGER, 2015).

A fronteira deve ser entendida como uma territorialidade, ou seja, como sinônimo de um pertencer àquilo que nos pertence. O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga. Não importa o seu poder, este deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. “É dessa maneira que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando também à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 84).

A concepção de fronteira abrange um novo sentido quando descolada de uma concepção linear própria à noção de limite ou divisória internacional, desenvolvendo-se,

ainda, a distinção entre faixa e zona de fronteira. Enquanto aquela está associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma passagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída são as cidades gêmeas (GRUPO RETIS, 2004 *apud* SILVA, 2006).

Para Aikes e Rizzotto (2018), discorrer sobre fronteira remete a pensar na transfronteirização como sendo um processo social que valoriza a fronteira, posto que nela os que habitam transcendem esse espaço e a incorporam como um recurso em suas estratégias de vida. As cidades gêmeas, que se caracterizam por ter alta interação econômica e cultural, enfrentam uma dualidade, são espaços de controle e integração, um espaço-laboratório, pois as circulações transfronteiriças decorrem fundamentalmente de relações de trabalho, estudo, consumo e acesso aos serviços públicos, sendo os principais a saúde e a educação.

A Constituição Brasileira, no seu Título III da Organização do Estado, Capítulo II da União, classifica, no §2º, como faixa de fronteira a área compreendida dentro de cento e cinquenta quilômetros perpendiculares à linha do limite do território brasileiro. Em discussões mais recentes, o País adotou o conceito linha de fronteira, que serve para delimitação do território municipal que compõe a divisa nacional (GUIMARÃES, 2005 *apud* SILVA, 2006).

A pandemia provocou o fechamento de fronteiras com a finalidade de conter o avanço da doença e reduzir os óbitos, entretanto, acarretou uma nuance que pode ferir os direitos humanos, principalmente, concatenados àqueles que vivem em condição de refugiados e ou exilados, fugindo de seus países em decorrência de situações adversas e buscando refúgio fora de sua pátria, como o caso de alguns imigrantes. A chegada desses fronteiriços aos países vizinhos ocasiona condições que, ao passo da pandemia, podem resultar em afronta aos direitos humanos, principalmente, na atenção à oferta da saúde, que, por sua vez, é configurada como elemento presente a albergagem desses direitos (AMARAL; DA SILVA; BARAKAT, 2022).

A política pública, com enfoque nos direitos humanos, para prevenção, atenção e contenção da pandemia requer uma abordagem ampla e multidisciplinar a partir do fortalecimento de mecanismos de cooperação internacional entre Estados. A pandemia de Covid-19 mostrou ser urgente avançar na coordenação regional e global para enfrentar crises dessa natureza a fim de obter eficácia de maneira regional, global e sustentável nas políticas públicas e medidas adotadas de diversos tipos (CIDH, 2020).

### 3.2 A saúde como um direito

Entende-se que o processo de reforma sanitária no Brasil foi consolidando-se por meio de lutas da classe trabalhadora frente ao Estado e aos setores da burguesia, cujo principal ganho foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. O Movimento de Reforma Sanitária (MRS), iniciado nos de 1970, foi fundamental para o novo reordenamento no sistema de saúde público, tanto no que se refere aos encaminhamentos concretos e aos rumos da política de saúde no Brasil quanto à participação da população, dos profissionais e dos estudantes na sua implementação (BRAVO; PEREIRA, 2002).

As origens do MRS remontam aos primeiros anos da Ditadura Militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário. Em consequência disso, nas faculdades de Medicina, a partir da Reforma Universitária de 1968, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutinou e difundiu-se o pensamento crítico na saúde (BRAVO, 2006).

Com a CF/88, universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. “Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática, através da participação popular, possibilitando os controles sociais por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado” (NOGUEIRO; MIOTO, 2007, p.04).

Foi precisamente nesse processo de construção e ampliação da política de saúde no Brasil que se reiterou a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual aconteceu, em março de 1986, em Brasília-Distrito Federal. Tal acontecimento, como aponta Bravo (2006), visualizou um marco para a discussão da saúde no Brasil, pois versou sobre a saúde enquanto direito inerente à concepção de cidadania. O direito à saúde no Brasil significou um ganho com a CF/88 (BRASIL, 1988), sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b).

Partindo da compreensão de direito consagrado na Constituição, as ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem obedecer aos princípios e às diretrizes mencionados nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 e na LOS 8080/90, quais sejam: I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – Integralidade de assistência,

entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; IV – Descentralização político-administrativa; V – Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde com direção única em cada esfera do governo; e VI – Participação da comunidade (BRASIL, 1988, 1990a).

Dentro dos princípios doutrinários do SUS, destaca-se a universalização como sendo o ganho mais significativo para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo os não vinculados formalmente à previdência. No entanto, um dos fatores determinantes do processo de implementação da nova política de saúde pós-Constituição de 1988 está ligado à capacidade de abertura de canais de participação, transparência e descentralização que possam garantir os objetivos e as diretrizes expressas no texto constitucional.

Já o princípio de integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1988). O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. A equidade tem o objetivo de diminuir desigualdades, pois, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas (PAIM, 2012).

Com a legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificam-se as diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS: Descentralização; Regionalização e Hierarquização; e Participação da Comunidade. Esses são os meios pelos quais se busca atingir os objetivos do sistema único brasileiro. A regionalização e a hierarquização orientam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao seu comando unificado, e a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (MATTA, 2007).

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela

saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, no qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (MENDES, 2015).

Com base nessas diretrizes, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a competência concorrente de estados, Distrito Federal e União no combate à Covid-19. Assim, governadores e prefeitos ficaram livres para estabelecer medidas, como o isolamento social e o fechamento do comércio. A maioria dos ministros reconheceu, também, que a União pode legislar sobre o tema, mas garantindo a autonomia dos demais entes (STF, 2020).

Ademais, com a participação popular, terceira diretriz do SUS, a sociedade deve participar do cotidiano do sistema. Para isso, devem ser criados os Conselhos Municipais de Saúde e realizadas as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (PAIM, 2012).

O direito à saúde no cenário brasileiro não se constitui isoladamente, logo, é fundamental um reordenamento de políticas extras setoriais (como a política econômica, assistência social e educação) necessárias para a sua plena realização (SILVA, 2006). Afinal, consoante Magalhães (2008), o direito à saúde não significa somente direito de acesso à medicina curativa, mas também direito à saúde física e mental, que começa com a medicina preventiva, com o esclarecimento e a educação da população, a higiene, o saneamento básico, as condições dignas de moradia e de trabalho, o lazer, a alimentação saudável e na quantidade necessária, campanhas de vacinação, entre outras questões que se fazem importantes.

Amparado pela democratização e por um padrão universalista de direitos sociais, o SUS ampliou as possibilidades de acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários. Nessa perspectiva, segundo Bravo (2006), o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde quebra com uma desigualdade histórica que classifica os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe, na direção de uma cidadania regulada. Os de primeira integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária, já os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente por meio de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde, que permeou a saúde antes do SUS.

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica

da Saúde/ Leis 8.080/90 e 8.142/90), a política de saúde no Brasil passa por momentos distintos em relação aos objetivos originais da reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora, num segundo, aparecem propostas de normatização, visando consolidar a contrarreforma na saúde (BRAVO; PEREIRA, 2002).

Trata-se de momentos distintos na medida em que se verifica que, na década de 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), observou-se um agravamento das políticas sociais, fragmentadas e precárias, articulado à crescente exigência de se formar cidadãos consumidores (BRAVO; MATOS, 2002). Os mesmos autores afirmam que “o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor, em que o cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo da saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado” (BRAVO; MATOS, 2002, p. 212).

Assim, pode-se afirmar que as transformações societárias que ocorreram a partir dos anos de 1990 levaram a profundas alterações das expressões da “Questão Social” e a sua consequente despolitização no cenário do neoliberalismo, assim como acarretaram uma onda de privatizações nas políticas de seguridade social: saúde, assistência e previdência. Nesse passo, alguns acontecimentos políticos, econômicos e sociais recaem impreterivelmente na saúde pública, gerando, aí, uma contradição entre os que podiam e os que não podiam pagar pelos serviços, muito embora materializado juridicamente seu acesso a todos enquanto bem universal (BRAVO, 2006).

Silva (2006) acrescenta que a construção e a implementação do direito à saúde no Brasil nas regiões de fronteira passam pela reafirmação desse direito enquanto um direito de cidadania, por meio do cumprimento de uma prescrição legal que permite o desenvolvimento de práticas de integralidade em meio a uma política de saúde universal. Porém, para implementação dessas conquistas sociais, pautadas na Constituição de 1988, precisa-se, ainda, da superação das estruturas governamentais observadas nos anos de 1990 e nesta segunda década do século XXI, quando se constata um novo redimensionamento do papel do Estado, num cenário de avanço das teses neoliberais.

Ao assumir o princípio da prevalência dos direitos humanos no texto constitucional, como aponta Bontempo (2005), reiterado por Silva (2006), o Brasil, além de reconhecer a flexibilização do conceito de soberania, abriu a ordem interna ao sistema internacional. Equivale a afirmar que os direitos humanos ganharam centralidade na discussão do direito à saúde e demais direitos sociais, contribuindo significativamente na ratificação dos tratados internacionais. Além disso, Silva (2006) sinaliza quanto aos direitos sociais que, nesse caso,

oferecem uma realização progressiva, mas limitada pelos recursos financeiros. A excessiva importância dada aos recursos financeiros tem, por sua vez, impossibilitado a garantia de muitos direitos humanos, econômicos, sociais e culturais mediante a acomodação dos Estados, nos seus diversos níveis. Ainda, o argumento da mera escassez de recursos financeiros, usado com frequência pelos administradores públicos, resulta na postergação da realização prática dos direitos humanos, econômicos, sociais e culturais (DHESC) (LIMA, 2001 *apud* SILVA, 2006).

A legislação brasileira no âmbito da saúde assegura a todos os brasileiros e os estrangeiros residentes o acesso universal e gratuito em todos os níveis do sistema e, ao estrangeiro não residente, atendimento nos casos de urgência e emergência. Contudo, o fronteiriço pertence a uma territorialidade que não é nacional, e nem internacional, compõe uma cidadania específica e um território com formas próprias de se levar a vida (BRASIL, 1988).

A forma atual de reterritorialização é a multiterritorialidade, na qual se considera que um grupo social coeso constrói seus (multi)territórios integrando suas experiências culturais, econômicas e políticas em relação ao espaço, com sobreposições e/ou combinações de territórios. O pacto de gestão da saúde reconheceu a territorialidade manifestada em municípios fronteiriços, visto que são espaços que ultrapassam os limites nacionais (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

A discussão sobre o direito à saúde em cenário de fronteira aponta para a necessidade de situar, neste debate, significados distintos, variando entre a perspectiva tradicional e a crítica. Enquanto a tradicional vem atribuindo à fronteira um conceito ligado mais à demarcação do solo, do território e da apropriação desse espaço pelo homem, a visão crítica concebe a fronteira fundada numa visão de território enquanto espaço social que, para além do uso desse espaço, incorpora a territorialidade da fronteira (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

### **3.3 O financiamento do Sistema Único de Saúde**

O financiamento do SUS, desde sua origem, enfrentou problemas, apesar de a CF de 1988 prever que 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde. O problema foi parcialmente resolvido com a Emenda Constitucional 29/2000, a qual definiu percentuais mínimos de investimento para os estados (12%) e os municípios (15%). Porém, para o governo federal, não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à arrecadação, mas sim à variação do Produto Interno Bruto (PIB). Isso possibilitou ao Governo Federal

reduzir a sua participação ao longo dos anos, elevando, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais entes da federação (MASSUDA, 2020).

A partir disso, é importante salientar, de acordo com Piola *et al.* (2013), que a EC-29 proporcionou mais recursos e promoveu o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do total de recursos públicos aplicados em saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS).

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007). Foram definidos seis blocos de financiamento, que continuaram com a lógica de oferta: Gestão, Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade e o bloco de investimento. Os recursos federais que compunham cada bloco de financiamento eram transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (MASSUDA, 2020).

De acordo com Melo e colaboradores (2020), o Bloco Atenção Básica (AB) recebia recursos em duas modalidades: Piso de Atenção Básica (PAB fixo) e o PAB Variável. O PAB fixo é um valor que só varia conforme a população do município, enquanto o PAB variável decorre do desempenho do gestor, de sua equipe e dos programas federais a que aderir. O Bloco Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC), Ambulatorial e Hospitalar e componente do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O Bloco Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e a análise permanente da situação de saúde da população. Os componentes desse bloco compreendem: Componente da Vigilância e Promoção da Saúde e Componente da Vigilância Sanitária. O Bloco Assistência Farmacêutica possui 3 componentes: básico, especializado e estratégico, e o Bloco Gestão do SUS tem os componentes: Qualificação da Gestão do SUS, Implantação de ações e serviços de saúde e Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (MELO *et al.*, 2020).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou o §3º do artigo

198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabeleceram-se, então, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Também, revogou dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e deu outras providências (BRASIL, 2012).

Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86, definiu-se o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) a partir de 2020, uma vez que tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que, no ano de 2016, o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015. Além disso, inseriu os valores apurados dos royalties do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo (MASSUDA, 2020).

Como se não bastasse, em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, a qual limitou pelos 20 próximos anos os gastos federais que passarão a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da RCL. Em 28 de dezembro de 2017, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de n. 3.992, que trata da alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. A principal mudança, estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passaram a ser organizados e transferidos em dois blocos de financiamento: (a) Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e (b) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Com a nova forma de repasses, muitos gestores apresentaram dificuldades em identificar a maneira correta da utilização dos recursos, diante do cenário, a maior preocupação foi comprometer a prestação dos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2020).

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS e definiu:

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

§ 1º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011.

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;

II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.

§ 3º A vinculação de que trata o inciso I do § 2º é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 4º Enquanto não forem investidos na sua finalidade, os recursos de que trata este artigo deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, observado o disposto no art. 1122.

§ 5º Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão obrigatoriamente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades, regras e condições de prestação de conta.” (BRASIL, 2017, p. 1).

Para o recebimento dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do FNS, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros realizada por meio do instrumento tipo convênios. Com relação ao Bloco de Investimento, os valores dos recursos pendentes de parcelas referentes a propostas e projetos de investimento com execução financeira iniciada em data anterior à entrada em vigor da Portaria nº 3.992/2017 foram transferidos pelo FNS para as mesmas contas em que foram transferidas as parcelas anteriores (MASSUDA, 2020).

O Bloco de Custeio das ASPS é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e

Gestão do SUS. Todas as ações que integravam os antigos blocos de financiamento agora fazem parte do mesmo grupo, compondo o Bloco de Custeio. Dessa forma, os recursos que eram disponibilizados separadamente agora são disponibilizados em uma única conta. Com a mudança, tornaram-se fundamentais a organização e o controle por parte dos gestores e dos contadores municipais no que diz respeito às entradas e às saídas dos recursos federais no Fundo de Saúde. Isso porque, em uma única conta, serão recebidos recursos de diversas estratégias ou ações, para as quais existem programas ou planos de trabalho específicos para a utilização. Esta utilização dos recursos deve corresponder e estar vinculada às ações inseridas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde (CONASS, 2018).

Na visão do Paim (2012), o modelo atual de repasses separa, de forma transparente, os fluxos orçamentários e financeiros, possibilitando uma melhor gestão financeira da saúde. Mendes, Carnut e Guerra (2018) afirmam que refletir acerca do financiamento da política de saúde é ter claro que o Brasil teve um processo turbulento com o capitalismo contemporâneo, quando consideramos os últimos 30 anos vividos pelo SUS, o qual tem sido marcado por fragilidades, em que a saúde foi sendo desconstruída ao longo dos anos.

Funcia (2022b) expõe que pensar uma nova política de financiamento para o SUS requer uma regra de piso que garanta financiamento adequado e estabilidade ao sistema público de saúde, partindo do acúmulo do histórico movimento em defesa do Saúde +10, removendo os eventuais impactos dos ciclos econômicos sobre o orçamento federal do SUS. Os autores apresentam a proposta de um novo modelo de financiamento para o SUS que deveria contemplar 12 medidas, as quais iriam de encontro aos princípios estabelecidos pelo SUS, estando em consonância à política de financiamento da saúde.

- 1) medidas que tenham previsão constitucional e legal (PEC e projetos de lei);
- 2) Definir regra de piso menos sensível ao ciclo econômico;
- 3) Evitar queda do gasto público de saúde, por meio de uma regra acíclica, quando houver desaceleração da economia (e quando a demanda por serviços de saúde tende a aumentar);
- 4) Determinar o crescimento real *per capita* do gasto público federal em saúde, inclusive para ampliar transferências aos entes em momento de crise, de modo que o gasto de saúde funcione como estabilizador automático em momentos de queda de arrecadação de estados e municípios (União emissora de dívida versus rigidez fiscal dos demais entes); (reformas estruturais);
- 5) Revogar regra de ouro, EC 95 e EC 109 (austeridade fiscal), que vem retirando recursos do SUS, visando a adoção de nova regra de financiamento relacionada ao gasto público federal em saúde (estimativa de perda de R\$ 48 bilhões entre 2018 e 2022);
- 6) Para 2023, PEC emergencial autorizando gasto extraordinário fora da regra de ouro, do teto e do primário (sequelas da Covid, demandas reprimidas, reajuste dos planos de saúde, impacto da saúde sobre o nível de emprego, combate à desigualdade etc.);
- 7) Propor nova regra fiscal capaz de abrir espaço no orçamento a gastos com forte

efeito multiplicador e redistributivo, bem como conferir estabilidade e absorver futuras necessidades de saúde;

8) Ampliar a progressividade do sistema tributário, taxando renda, patrimônio e riqueza financeira (Imposto de Renda sobre lucros e dividendos e Imposto sobre Grandes Fortunas), bem como rever os gastos tributários em saúde (teto das renúncias de saúde no IRPF);

9) Ampliar a destinação de recursos do pré-sal para a saúde (mais de R\$ 40 bilhões foram destinados à dívida);

10) Na baixa do ciclo, emissão de dívida vinculada a gastos com efeitos multiplicadores e redistributivos;

11) Extinguir as emendas de relator (RP 9), de modo que a ampliação do orçamento seja destinada a gastos com critérios sanitários e demográficos sujeitos às instâncias de deliberação do SUS e

12) Canalizar a ampliação de recursos para: a) estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde, com ênfase no papel da atenção primária em saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado; b) para o complexo econômico-industrial-digital de saúde (financiamento do SUS com produção nacional e estatal) (FUNCIA, 2022b, p. 12-14).

### 3.4 A pandemia de COVID-19

No ano de 2020, teve início a maior crise sanitária global. Segundo autores, como Schulze (2021) e Fleury (2021), o aparecimento da pandemia da Covid-19, que impactou os rumos da política de saúde, o seu financiamento e a vida dos indivíduos em nível global, chamou a atenção pelo alcance que teve e a velocidade com a qual se disseminou. Os dados disponíveis, embora ainda muito recentes para uma análise rigorosa, revelam essa dinâmica espaço-temporal da doença.

A Covid-19 teve seu surgimento na China em dezembro de 2019, quando iniciou os primeiros rumores sobre a doença, caracterizada como doença respiratória grave, a qual fazia vítimas em uma cidade chinesa de Wuhan. Porém, foi em 30 de janeiro de 2020 que a OMS declarou a infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) como emergência global e passou a nomear a doença como Covid-19. O quadro clínico da Covid-19 é semelhante ao de outras viroses respiratórias, a saber: febre, tosse geralmente seca, cansaço e, em casos mais graves (5%), dispneia, sangramento pulmonar, linfopenia grave e insuficiência renal. Em 80% dos casos, os sintomas são leves (STRABELLI; UIP 2020).

Todavia, no dia 26 de fevereiro de 2020, a OMS apresentou o primeiro caso de um brasileiro infectado pelo novo coronavírus (Covid-19). Tratava-se de um homem de 61 anos, morador da cidade de São Paulo, que esteve na região da Lombardia, no norte da Itália, entre os dias 9 e 21 de fevereiro. Ao retornar da viagem, apresentou os sinais e os sintomas compatíveis com a doença (febre, tosse seca, dor de garganta e coriza) (BRASIL, 2020c).

A identificação do primeiro paciente infectado deu-se pela saúde suplementar,

ocasião em que o Sistema Único de Saúde (SUS), subfinanciado há tempos e em constante luta política pela sobrevivência, já havia entrado em disputa no mercado concorrencial global, em defesa da saúde dos brasileiros, com uma estratégia inicial de compras centralizadas por parte do ente federal. (SANTOS *et al.*, 2021, p.36).

De acordo com Daumas *et al.* (2020), para reduzir a transmissão e limitar a mortalidade pela Covid-19, o poder público deveria criar condições para que indivíduos e famílias pudessem sustentar o distanciamento social enquanto prepara seu sistema de saúde para o enfrentamento da pandemia. No caso do Brasil, o SUS deveria se preparar para prover assistência ao crescente número de pacientes com a Covid-19, manter a atenção aos demais agravos agudos e crônicos e garantir a segurança de profissionais de saúde e pacientes durante o cuidado de saúde.

Para Orair (2021), o fenômeno da pandemia da Covid-19 impressiona não somente pela rapidez da disseminação global da doença e pela severidade da tripla crise que a acompanhou (sanitária, social e econômica), mas também por ter desencadeado respostas fiscais sem precedentes por inúmeros países no mundo. No Brasil, o país adotou um conjunto de mudanças legislativas que constituíram um “orçamento de guerra” preparado para responder às pressões fiscais de enfrentamento à pandemia. Isto é, um orçamento livre das restrições fiscais e usuais e pressões de gastos para conter a pandemia e mitigar seus impactos expressivos.

Inicialmente, o Brasil optou por ações eminentemente emergenciais para evitar a disseminação do vírus e da síndrome respiratória aguda que ele provoca. Afinal, a pandemia trata-se, peculiarmente, de um período de crise que assola a saúde pública, em que os governos estudam de perto como enfrentar a realidade. Desse modo, uma das medidas tomadas pelos governos dos países da América Latina foi o fechamento da fronteira. O governo brasileiro fechou a fronteira do Brasil com o Paraguai, em decorrência da pandemia do Coronavírus, em 19 de março de 2020, e estabeleceu a Portaria nº 125, de 19 de março de 2020, a qual dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da ANVISA (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

A medida buscou ampliar a restrição temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, estando em consonância ao conjunto de ações para conter a disseminação do coronavírus e atender a uma recomendação da ANVISA (BRASIL, 2020d). Mascarenhas e Klauck (2020) expõem que o fechamento da Ponte da Amizade nos municípios de Ciudad del Este e Foz do Iguaçu afetou os setores de comércio e turismo. Em

2020, a Ponte da Amizade ficou bloqueada por 7 meses, por decisão dos Estados tanto do Paraguai quanto do Brasil, como medida de segurança sanitária.

No dia 18 de março de 2020, o presidente do Paraguai, Mário Abdo Benitez, decretou o bloqueio da fronteira paraguaia de acordo com o Plano Nacional de Resposta à Pandemia por coronavírus, visando minimizar a propagação do vírus. A maior preocupação do país vizinho (Paraguai) era de que a doença se proliferasse pelo país colapsando o já frágil sistema de saúde, considerando que o Brasil apresentava aumento nos casos de Covid-19. No dia seguinte, posterior ao bloqueio do Paraguai, o Brasil publicou a Portaria nº 125, dispondo a restrição excepcional temporária de entrada no País de estrangeiros da América do Sul vias terrestres. No dia 27 de março, na Portaria nº 152, o Brasil prorroga por mais 30 dias, incluindo a restrição para estrangeiros de todas as nacionalidades (MASCARENHAS; KLAUCK, 2020).

O Paraguai foi mais incisivo em manter suas fronteiras fechadas, ao contrário do Brasil, onde o próprio presidente reiterou manter as fronteiras abertas. Em 08 de abril de 2020, a Marinha Paraguaia, por determinação federal, instalou um portão de ferro na passarela pedestre, para bloquear a entrada de estrangeiros e paraguaios em Ciudad del Este (PORTAL CIDADE, 2020).

No entanto, o impacto econômico foi o principal argumento para a reabertura da ponte. De acordo com o deputado do Paraguai Jorge Britez, cerca de 80% da população fronteiriça depende do comércio com o Brasil, que, só em Ciudad del Este, conta com 20.000 lojas que abastecem o país com produtos importados. Em Foz do Iguaçu, o impacto do fechamento foi anunciado pelo Deputado Federal Vermelho, o qual estimou 30 mil desempregados em detrimento do fechamento da ponte. Em 15 de outubro de 2020, a Ponte da Amizade foi reaberta, por meio de acordos entre o Brasil e o Paraguai. Criou-se, então, um protocolo de medidas sanitárias, limitando a entrada de moradores de Foz do Iguaçu para o lado Paraguaio e moradores de Ciudad del Este para o Brasil (MASCARENHAS; KLAUCK, 2020).

No âmbito da saúde, oferta de leitos hospitalares, testes, insumos e equipamentos médicos e equipamentos de proteção individual evoluíram para abarcar novas frentes de ações voltadas ao desenvolvimento de sistemas de monitoramento e rastreamento de novos tratamentos e de vacinas (ORAIR, 2021).

A pandemia resultou em um duplo choque econômico: de demanda, por que levou a revisão dos planos de consumo das famílias e dos projetos de investimentos das empresas; e de oferta, em função da paralisação de atividades produtivas, caminhando na direção do que o autor vai chamar de tripé crise: sanitária,

econômica e social. (ORAIR, 2021, p. 571).

Toda epidemia é sempre um evento que afeta a vida dos cidadãos no território, requerendo ação coordenada em redes político-administrativas para organizar fluxos, compras e conhecimentos. Diante disso, necessita do aumento da transparência e da comunicação assertiva das autoridades com o público para possibilitar a confiança e a responsabilização, com definição clara de uma linha de conduta voltada para assegurar o bem público, justificada com base em pressupostos científicos e avaliação permanente (FLEURY, 2021). Isso não ocorreu no Brasil por parte do Governo Federal.

Uma das estratégias do governo para enfrentar a crise da pandemia foi o benefício do auxílio emergencial que só ocorreu por pressão do Congresso e da sociedade. O governo, inicialmente, tinha indicado R\$ 200,00, mas o congresso aprovou R\$ 600,00, que são recursos híbridos de transferência focalizada e um seguro emergencial destinado principalmente aos desempregados e trabalhadores informais de baixa renda. O programa alcançou 65,3 milhões de beneficiários (quase dois quintos da população em idade ativa), que receberam até cinco parcelas básicas de R\$ 600 e quatro parcelas complementares de R\$ 300 entre abril e dezembro de 2020. O benefício emergencial pode ser visto como um subsídio salarial, ancorado no programa de seguro-desemprego, cujo público beneficiário corresponde aos empregados com carteira assinada que formalizaram acordos com seus empregadores de suspensão do contrato de trabalho ou redução da jornada. Durante o prazo de vigência dos acordos, os empregados tiveram seus salários reduzidos e, em contrapartida, receberam o benefício do governo, que equivale a um percentual do seguro-desemprego a que teriam direito caso tivessem sido demitidos (entre R\$ 261,25 e R\$ 1.813,03, dependendo do tipo de acordo celebrado) (ORAIR, 2021).

Na passagem de 2020 para 2021, ainda que com o recrudescimento da pandemia, conforme dados do painel Coronavírus, houve a retomada das regras fiscais restritivas, com impactos sobre os gastos federais na saúde (MORETTI; FUNCIA; REIS, 2021). No ano de 2021 surgiu um alento, devido às perspectivas abertas pelo início da vacinação na população. Com isso, novas questões emergiram: dúvidas referentes à eficácia geral das vacinas; limitações da capacidade de produção logística em escala global, que fez com que o avanço rápido da vacinação em alguns países ocorresse em detrimento dos demais. Observou-se que, onde o avanço da vacinação foi menor, os esforços de flexibilização foram precipitados e descoordenados, fazendo com que o controle da crise de saúde durasse um tempo maior que o esperado (ORAIR, 2021).

A posição negacionista do Presidente da República e o seu constante confronto, tanto com instituições internacionais, como no caso das normas de isolamento social definidas pela OMS, quanto com os governos estaduais e municipais que tomaram e seguiram essas indicações de modo mais intenso, ressaltaram os problemas de desigualdade já existentes no contexto pré-pandemia, e aumentaram a insegurança econômica do País no panorama internacional (BARROS *et al.*, 2021, p. 54).

Os desafios impostos pela pandemia da Covid-19 ampliaram significativamente a extensão das demandas por ações, serviços e recursos das esferas da federação, tensionaram os mecanismos regulatórios das relações intergovernamentais e intensificaram conflitos e a necessidade de mediação. De igual modo, exigiram medidas emergenciais de suplementação do financiamento, de fortalecimento dos mecanismos de coordenação, normatização e pactuação, colocando à prova o modelo de governança e as autoridades sanitárias existentes (FLEURY, 2021).

Souza (2020), em relação à pandemia, enfatiza que não lhe pode atribuir a responsabilidade pela volta da fome e da miséria por levar a óbito indivíduos pauperizados da classe trabalhadora, mas ao próprio *modus operandis* do capitalismo, com seu caráter destrutivo, que leva ao acúmulo de riqueza nas mãos de poucos e à pauperização daqueles que produzem tal riqueza. “A pandemia se constrói em mais um elemento soerguido das bases objetivas do capital mundializado e que adentra nessa espiral contraditória, estabelecendo uma relação de determinação recíproca para com as mesmas, mas estando longe de ser a raiz dos problemas sociais” (SOUZA, 2020, p. 2476).

A pandemia de Covid-19 e seus impactos socioeconômicos constituem uma amostra constante da fragilidade dos sistemas de saúde e da desigualdade social. É evidente que nem todos os países estavam preparados para um problema dessa natureza. Não obstante, num mundo globalizado e interdependente, fica claro que as disparidades entre países, externas e internas, quando expostas, podem impactar todos eles, independentemente da região e realidade socioeconômica (ORAIR, 2021).

Observa-se, assim, que a bem-sucedida contenção do coronavírus em certos países precisava ser revista: essas regiões se fecharam ou reduziram o fluxo de pessoas que saem e entram por suas fronteiras; fizeram um efetivo isolamento social e um robusto programa de ações contra a pandemia, como as testagens em massa da população (BARROS *et al.*, 2021). “A pandemia da Covid-19 indicou a necessidade de construção de uma nova ordem. Tal perspectiva orienta o Estado a propor uma concretização adequada dos arts. 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil” (SCHULZE, 2021, p. 68).

Em grande medida, a curta vigência do Orçamento de Guerra ocasionou a má qualidade do planejamento orçamentário para o exercício financeiro subsequente, com forte disputa durante a tramitação do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO-2021) e do Projeto de Lei de Orçamento Anual (PLOA) 2021. sequer houve a instalação da Comissão Mista de Orçamento (na forma do artigo 166 da Constituição de 1988) em 2020, o que fez com que o PLDO-2021 precisasse ser apreciado diretamente pelo plenário do Congresso Nacional em 16 de dezembro de 2020 (PINTO, 2021).

A inexistência de uma coordenação e de um monitoramento da Covid-19 é fator facilitador da ocorrência de inúmeros casos de mau uso do recurso destinado. Ademais, o fato de não prever novos recursos extraordinários para a saúde no Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2021, que fora encaminhado ao Congresso Nacional, impossibilitaria o custeio da ampliação dos serviços oferecidos pelo SUS durante a pandemia da Covid-19. Em um cenário em que a Covid-19 ainda não estava controlada e com os efeitos de demandas não atendidas em razão da pandemia, o agravamento do subfinanciamento público poderia gerar uma situação ainda mais crítica para o SUS, aumentando exacerbadamente as desigualdades no âmbito da saúde (MASSUDA; TASCIA, 2021).

A criação de estruturas de governança, como Gabinetes de Gestão de Crise, mostrou-se fundamental para gerenciar respostas à Covid-19. Essas instâncias auxiliaram o estabelecimento de planejamento estratégico flexível adequado à situação, a coordenação da ação de diferentes entes governamentais envolvidos na resposta, a utilização de evidências para tomada de decisão, além de possibilitarem uma comunicação oportuna, precisa e transparente das decisões de governo ao público (sociedade) (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

O Congresso Nacional, para responder à pandemia, aprovou R\$ 43,7 bilhões extraordinários ao Ministério da Saúde, fazendo com que o orçamento da pasta alcançasse R\$ 177,3 bilhões em 2020. Do orçamento extraordinário, porém, cerca de 15% ainda não haviam sido empenhados até 15 de outubro de 2020. A maior parte foi executada por meio de repasses financeiros a estados e municípios para dar suporte à ampliação de leitos hospitalares (PINTO, 2021).

Massuda e Tasca (2021) destacam a estrutura de governança do SUS, a qual apresentou desafios para a pandemia da Covid-19, todavia, salientam que a descentralização da gestão para o âmbito municipal permitiu diversificar o sistema de saúde no território nacional, por outro lado, as enormes desigualdades loco regionais do País geraram capacidades administrativas e técnico-operacionais bastante heterogêneas entre os municípios.

Outrossim, os instrumentos estabelecidos para organização de regiões de saúde no SUS e para regulação do setor privado foram ineficientes para coordenar o conjunto de serviços públicos e privados disponíveis no território. A governança do SUS deve ser reavaliada. “Os estados devem ter maior responsabilidade na gestão da atenção hospitalar no SUS, buscando unificar a regulação do acesso ao conjunto de serviços públicos e privados, como ocorre no programa de transplantes de órgãos e tecidos” (MASSUDA; TASCA, 2021, p. 89).

Em todos os estados da federação, observou-se que foram elaborados Planos de Contingência, que previram o estabelecimento de gabinetes de crise. No entanto, os conflitos federativos e o modo de gestão de políticas públicas estabelecido pelo governo Bolsonaro impediram que o Ministério da Saúde exercesse seu papel de coordenação nacional do SUS na resposta à pandemia de Covid-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A omissão do governo federal na coordenação da resposta à Covid-19 foi, em parte, contrabalançada pela ação de governos estaduais e municipais. Intervenções de saúde pública, medidas para reduzir a transmissão e estratégias para expandir leitos hospitalares foram adotadas por autoridades estaduais e municipais de saúde. Nesse contexto, destacaram-se as atuações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ao publicar orientações sobre estratégias para combate à pandemia e monitoramento da situação da pandemia no país (MASSUDA; TASCA, 2021, p. 89).

Para Nogueira e Cunha (2020), a pandemia da Covid-19 tem fortes efeitos no campo da saúde e implicações profundas para o crescimento econômico e o desenvolvimento social. Afinal, alcança a América Latina e o Caribe em um contexto de baixo crescimento – conforme discutido em relatórios anteriores e relatórios especiais sobre o tema (CEPAL, 2020) – e de alta desigualdade e vulnerabilidade, em que há tendências crescentes da pobreza e da pobreza extrema, enfraquecimento da coesão social e manifestações de descontentamento popular.

A pandemia exacerbou as dificuldades da população – especialmente dos mais pobres e vulneráveis – para atender às suas necessidades básicas. Portanto, tornou-se necessário garantir renda, segurança alimentar e serviços básicos para um amplo grupo de pessoas cuja situação se tornou extremamente vulnerável e que já não eram incluídos nos programas sociais existentes antes da pandemia (CEPAL/UNESCO, 2020).

A incompetência do gestor federal também levou atores estratégicos a defenderem publicamente a necessidade de fortalecer o SUS e envolver a Atenção Primária à Saúde (APS) no combate à pandemia. Inúmeras associações profissionais, acadêmicas e da sociedade civil publicaram notas críticas ao governo federal, apresentando propostas de medidas a serem estabelecidas. Merecem destaque o

Plano Nacional de Enfrentamento à Covid- 19, publicado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), produzido numa associação entre 14 entidades do campo da saúde denominada “Frente Pela Vida”, bem como iniciativas desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que organizou um prêmio para valorizar e difundir boas práticas do SUS no controle da pandemia (MASSUDA; TASCA, 2021, p. 87).

Todavia, as disparidades técnico-operacionais regionais do SUS foram exacerbadas diante da descoordenação nacional da resposta à pandemia. A concentração de leitos de UTI e de médicos especialistas em poucos centros urbanos e no setor privado ampliou as desigualdades na resposta à Covid-19 entre os municípios. Com isso, a pandemia evidenciou também falhas na disponibilidade de informações precisas, confiáveis e atualizadas, exigindo aprimorar os sistemas de informação do SUS como um todo. Outra questão que enfraqueceu a capacidade de detectar e rastrear pessoas infectadas pela Covid-19 foi a frágil articulação entre vigilância e APS. Ademais, experiências locais que conseguiram promover essa integração tiveram bons resultados no controle da propagação do vírus (MASSUDA; TASCA, 2021).

Costa, Rizotto e Lobato (2020) reiteraram que uma situação preocupante é a ausência de liderança que conduzisse o Brasil no enfrentamento da pandemia, considerando que o próprio presidente teve posição negacionista, diminuindo a gravidade da doença e a extensão da pandemia, orientando a população em sentido contrário ao indicado pela ciência e por organismos nacionais e internacionais de saúde. Essa postura do líder da Nação contribuiu para a ampliação e para o agravamento da tragédia sanitária, seja pela ambiguidade na comunicação, seja pela mentirosa indicação de fármacos sem eficácia comprovada. A recusa do governo federal em conduzir, de forma responsável, as ações de controle e mitigação do sofrimento do povo durante a pandemia fez com que governadores e prefeitos, em consonância com o interesse público, passassem a assumir o processo, mesmo que sob forte e constante ataque do presidente e sem a coordenação nacional do Ministério da Saúde.

Considera-se que o aumento explosivo de demandas ocasionadas pela pandemia levou os serviços públicos de saúde a superarem o limite de suas capacidades em várias regiões do País. O SUS, cronicamente subfinanciado, deixou de manter serviços essenciais para atender pacientes infectados pelo coronavírus, com necessidades de saúde a serem atendidas no pós-pandemia. Além disso, a imunização contra a Covid-19 e o tratamento de outras patologias a ela relacionadas, como problemas de saúde mental, exigiram recursos adicionais ao sistema (MASSUDA; TASCA, 2021).

Uma característica marcante da resposta à Covid-19 no Brasil é o descompasso entre,

de um lado, o governo federal e, de outro, os estados e os municípios. Isso porque observaram-se grandes diferenças sobre como os governos entenderam a gravidade da pandemia e a melhor forma de combatê-la. A divergência ocorreu, sobretudo, com relação às medidas restritivas para evitar o contágio (fechamento do comércio e restrição a aglomerações, por exemplo).

Nesse contexto, é essencial que haja clareza com relação a quais medidas administrativas e legislativas para o combate da pandemia cabem a cada ente. Porém, a resposta a essa questão não é simples, posto que disputas em torno de competência federativa já eram bastante comuns mesmo antes da pandemia por razões estruturais do modelo constitucional brasileiro. A Covid-19 tornou essas disputas mais frequentes e dramáticas (WANG, 2021). A Confederação Nacional dos Municípios (CNM) emitiu a Nota Técnica nº 24/2020 tratando da aplicação dos recursos do SUS para Coronavírus “Covid-19”, Emendas Específicas e Especiais, Transposição e Transferência de Saldos – LC 172/2020 (MASCARENHAS; KLAUCK, 2020).

O governo do Paraná, no início da pandemia, elaborou um Plano de Contingência. No documento, foram definidas as responsabilidades do estado do Paraná e dos municípios, em parceria com o Ministério da Saúde, e estabelecida uma organização necessária, de modo a atender às situações de emergência relacionadas à circulação do vírus no estado do Paraná. O plano visou à integralidade das ações na prevenção e no monitoramento da doença, bem como na assistência à saúde da população. As ações a serem implantadas deveriam promover a assistência adequada ao paciente, a vigilância epidemiológica sensível e oportuna, bem como as ações de comunicação. Essas diretrizes tinham por objetivo auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e redução da morbimortalidade por essa doença (PARANÁ, 2020).

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa é documental, transversal e quantitativa. A pesquisa documental vale-se de todo tipo de documentos elaborados com finalidades diversas, tais como autorização, comunicação de decretos, atas e memorandos. Mas há fontes que ora são consideradas bibliográficas, ora documentais. Assim, recomenda-se que seja considerada fonte documental quando o material consultado é interno à organização e fonte bibliográfica quando for obtido em bibliotecas ou bases de dados (GIL, 2007).

Para Severino (2017), esse tipo de pesquisa tem como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais, fotos, filmes, gravações e documentos legais. Nesses casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, logo, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise.

Já a pesquisa quantitativa permite a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos, opondo-se à ciência aristotélica, com a desconfiança sistemática das evidências e experiência imediata. Contribui para o entendimento da presença e/ou influência de características isoladas e/ou associadas que podem embasar ações para seu enfrentamento prioritário, como ocorre, de maneira recorrente, no embasamento, no planejamento, na execução e na avaliação de políticas públicas (MUSSI *et al.*, 2019).

O estudo transversal é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, largamente utilizado em estudos do campo da saúde. O objetivo dos estudos de corte transversal é obter dados fidedignos que, ao final da pesquisa, permitam elaborar conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses que poderão ser investigadas com novas pesquisas (BORDALO, 2006).

### **4.2 Campo da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida nos nove municípios do Estado do Paraná que compõem a 9ª Regional de Saúde e fazem parte da região de fronteira internacional, sendo eles: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa

Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Na Figura 1, observa-se a distribuição dos municípios em relação a Foz do Iguaçu, sede da Regional de Saúde, que se localiza no extremo oeste do Paraná.

**Figura 1.** Mapa dos Municípios pertencentes a 9ª Regional do Paraná



Fonte: Paraná (2023a).

O Paraná é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está situado na região Sul do país, tendo como limites São Paulo (a norte e leste), Oceano Atlântico (leste), Santa Catarina (sul), Argentina (sudoeste), Paraguai (oeste) e Mato Grosso do Sul (noroeste). O estado é dividido em 10 mesorregiões, 39 microrregiões e 399 municípios e ocupa uma área de 199.880 km<sup>2</sup>. Sua capital é Curitiba e outros importantes municípios são Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, Toledo, Pato Branco, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, São José dos Pinhais, Guarapuava, União da Vitória, Paranaguá, Apucarana, Umuarama, Campo Mourão, Arapongas e Paranavaí (IBGE, 2023).

Os municípios selecionados para esta pesquisa são os municípios que pertencem à 9ª Regional de Saúde. Cada um dos municípios selecionados apresenta especificidades de acordo com o seu território; a tipologia do município; o número de habitantes; o clima; e a forma do município se organizar dentro do seu sistema de saúde, considerando, ainda, fatores que influenciam os determinantes sociais do processo saúde-doença.

### 4.3 Coleta de dados

Os dados foram levantados pelo pesquisador principal desta pesquisa, no período de 2021 a 2022, obtidos por meio de pesquisa nos seguintes sites e bancos de dados de acesso público:

1) Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (PARANÁ, 2023b), no site: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>, utilizado para obter dados sobre a mortalidade com cálculo por números absolutos de óbitos a cada 1000 habitantes/população de ambos os sexos e idades, nos nove municípios campos da pesquisa, por meio da consulta aos boletins – informes epidemiológicos Coronavírus (Covid-19), que apresenta, entre outros, dados de mortalidade e letalidade.

2) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2023), site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>. Nele foram obtidos dados sobre o percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde no período de 2019 a 2022. Para isso, foram utilizados os seguintes procedimentos dentro do site: Demonstrativo de Dados Informados – Municípios – Demonstrativo da Saúde – RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária) – Ano – Período – UF – Município – Consulta. Foram extraídos valores referentes aos recursos próprios, antes, durante e após a pandemia, de cada município da 9ª Regional de Saúde.

3) Fundo Nacional de Saúde (2023), site: <https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>. Nesse sistema, foram coletados dados sobre a transferência de recursos para custeio e investimento do Governo Federal para os municípios, seguindo os procedimentos: Consulta de pagamento consolidado – Tipo de consulta (detalhada) – Ano – Estado – Município – Tipo de repasse (todos) – Consulta – Ações – Total por bloco – Grupo: Coronavírus (Covid-19).

4) Para obter as informações sobre as ações dos municípios para enfrentamento da pandemia de Covid-19, foram consultados os sites e os Portais de Transparência das Prefeituras dos Municípios campo da pesquisa, identificando Decretos e Portarias oficiais dos respectivos municípios da pesquisa – outras ações fora dos decretos e portarias não foram consideradas nesta pesquisa.

5) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2023), site <https://cnes.datasus.gov.br/>, utilizado para caracterizar a rede de serviços dos municípios.

6) Para calcular o fator de redução de desigualdades sociais dos municípios da 9ª Regional de Saúde, baseou-se na Resolução 237/2012 (PARANÁ, 2012), que utiliza o Fator de Redução de Desigualdades Regionais para a distribuição de recursos financeiros para a saúde, oriundos do tesouro do estado. Classifica os municípios em três tipos: I, II e III, cujo resultado difere da classificação, considerando apenas o porte populacional.

#### **4.4 Tratamento dos dados**

Os dados coletados foram registrados em planilha Excel® (Microsoft Office 2010, Microsoft Corporation, EUA) e apresentados na forma de quadros e tabelas, com base nas seguintes formas de organização: 1. Porte dos municípios; 2. Rede de atenção; 3. Mortalidade por Covid-19; 4. Recursos advindos da União para aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância internacional – Covid-19; 5. Recursos estaduais para aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância internacional – Covid-19; 6. Recursos próprios para a saúde no período de 2019 a 2022; 7. Ações promovidas pelos municípios para o enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância internacional – Covid-19. A partir disso, realizou-se uma análise descritiva simples dos resultados com números absolutos, porcentagem e cálculo per capita quando necessário. Posteriormente, os resultados encontrados na pesquisa foram discutidos, cotejando os achados da pesquisa com a literatura pertinente.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que não envolveu seres humanos, mas seguiu as recomendações para uso de dados públicos conforme Resolução 466/2012.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados em seis itens, a saber: 5.1. Caracteriza os municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná; 5.2. Mortalidade por COVID-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná; 5.3. Rede de atenção e transferência de recursos federais para municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná; 5.4. Transferência de recursos estaduais para municípios da 9ª Regional de Saúde; 5.5. Aplicação de recursos próprios nas ações e nos serviços públicos de saúde pelos municípios da 9ª Regional de Saúde; e 5.6. Ações realizadas pelos municípios da 9ª Regional de Saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

### 5.1 Caracterização dos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná

O Quadro 1 apresenta dados populacionais dos municípios campo da pesquisa. Dos nove municípios que compõem a 9ª Região de Saúde, apenas Foz do Iguaçu é caracterizado de grande porte (mais de 100 mil habitantes), Medianeira e São Miguel do Iguaçu são de médio porte (de 25 mil a 100 mil habitantes), os demais encontram-se no grupo de municípios de pequeno porte populacional (menos de 25 mil habitantes), segundo classificação do IBGE (IBGE, 2023).

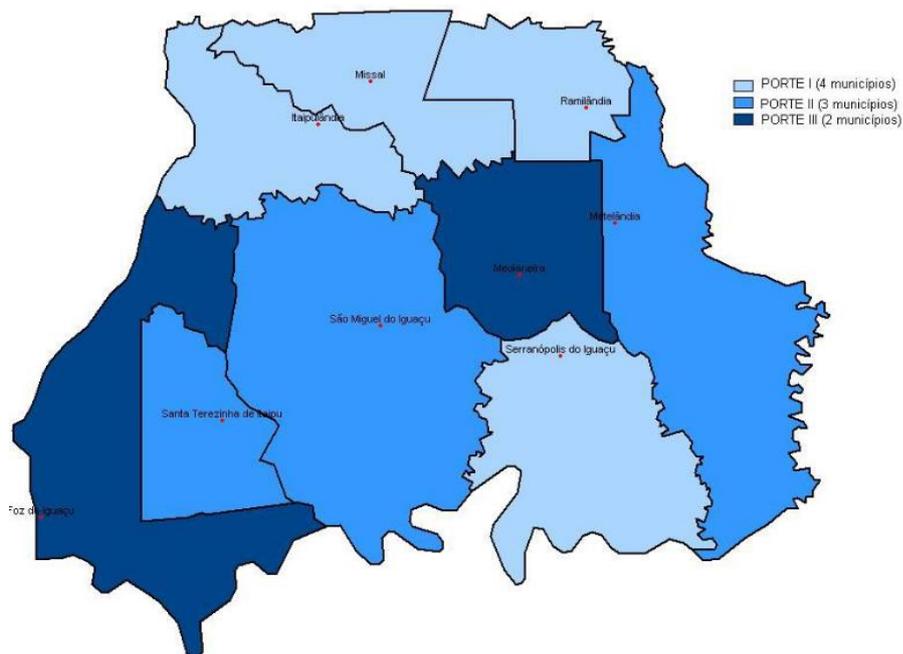
**Quadro 1.** População, porte e IDHM dos municípios da 9ª Regional de Saúde. Paraná/Brasil, 2023

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Porte dos municípios IBGE</b>	<b>Porte dos municípios segundo fator de desigualdade</b>	<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)</b>
Foz do Iguaçu	258.248	grande porte	Porte III	0,751
Medianeira	46.574	médio porte	Porte III	0,763
São Miguel do Iguaçu	27.576	médio porte	Porte II	0,704
Santa Terezinha de Itaipu	23.699	pequeno porte	Porte II	0,738
Matelândia	18.107	pequeno porte	Porte II	0,762
Itaipulândia	11.385	pequeno porte	Porte I	0,760
Missal	10.704	pequeno porte	Porte I	0,711
Serranópolis do Iguaçu	4.477	pequeno porte	Porte I	0,762
Ramilândia	4.476	pequeno porte	Porte I	0,630

Fonte: IBGE (2023); CONASS (2023a).

**Figura 2.** Mapa dos municípios da 9ª Regional de Saúde, segundo fator de Redução das desigualdades regionais. Paraná/Brasil, 2023

### 9ª RS – FOZ DO IGUAÇU



Fonte: Paraná (2012).

A Secretaria de Saúde do Paraná, com base na Resolução 237/2012 (PARANÁ, 2012), que utiliza o Fator de Redução de Desigualdades Regionais para distribuição de recursos financeiros para a saúde, oriundos do tesouro do estado, classifica os municípios em três tipos: I, II e III, cujo resultado difere da classificação considerando apenas o porte populacional. No Quadro 1 e na Figura 2, observa-se a classificação dos municípios da 9ª Regional de Saúde com base nesse fator, ficando o maior número deles (quatro) como Porte I, ou seja, os que deveriam ser mais beneficiados por apresentarem menores recursos econômicos e sociais.

Localizados no extremo Oeste do Paraná, os municípios da 9ª Regional de Saúde expressam a realidade de municípios de região de fronteira com suas especificidades sociais, econômicas e políticas. O porte dos municípios é uma variável importante para analisar a rede de atenção à saúde e a capacidade de enfrentamento de emergências sanitárias, como a pandemia de Covid-19. Embora o número de habitantes seja um aspecto a ser considerado, isso não pode ser o único critério para distribuir os municípios em grupos homogêneos, pois municípios com a mesma população apresentam características territoriais, culturais e níveis

de desenvolvimento econômico diferentes, dependendo da macrorregião ou estado onde se localizam (CALVO *et al.*, 2016).

Desse modo, salienta-se que municípios de pequeno porte dependem de municípios de médio ou grande porte para diversos serviços, entre eles os de saúde, uma vez que geralmente assumem a responsabilidade apenas pelo primeiro nível de atenção. Já municípios maiores e mais desenvolvidos economicamente tem maior capacidade de arrecadação, possuem melhores estruturas, oferta mais variada de serviços, maior quantidade de recursos humanos, possivelmente com melhor qualificação, e maior capacidade de pressão na esfera política (WILLEMANN *et al.*, 2019). Dos nove municípios objeto da pesquisa, seis (66%) são classificados como de pequeno porte, o que, no caso da saúde, implica em certa dependência dos municípios maiores.

Tavares (2006), analisando políticas públicas para o desenvolvimento local e qualidade de vida em pequenos municípios do estado do Paraná, afirma que esses convivem com um paradoxo: ao mesmo tempo que buscam afirmar a sua autonomia como ente administrativo e político, nem sempre conseguem viabilizar-se pela fragilidade econômica, política e administrativa existente.

O Brasil é tido como um país extremamente desigual, com enorme concentração de renda, vasta extensão territorial e diferenças regionais que se tornaram mais evidentes durante a pandemia de Covid-19. Tais desigualdades foram determinantes no modo como a epidemia se disseminou nacionalmente, fazendo com que regiões mais pobres, como Norte e Nordeste, tivessem maior prevalência de casos da Covid-19. A epidemia, tanto no Brasil como em diversas regiões do mundo, destaca os contrastes das desigualdades relacionadas a gênero, renda, raça e etnia (SANHUEZA-SANZANA *et al.*, 2020; CAMPANA *et al.*, 2023).

No Brasil, a pandemia da COVID-19 foi condicionada pelas enormes desigualdades socioespaciais que caracterizam o país, contribuindo para a sua ampliação. Análises sobre os mais variados aspectos, enfoques e contextos apontam como as desigualdades contribuem para os riscos de adoecimento e a capacidade de enfrentamento à pandemia (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2021). Os mesmos autores afirmam que a classificação dos municípios em maiores ou menores, com base no porte populacional, não é suficiente para explicar os condicionantes da pandemia, dada a diversidade e a desigualdade do território brasileiro.

No estado do Paraná, no âmbito da saúde, os municípios são classificados com base no Fator de Redução de Desigualdades Regionais (PARANÁ, 2012), que leva em conta cinco indicadores: I. PIB per capita; II. População com Plano de Saúde; III. População em Extrema

Pobreza; IV. Grau de Urbanização; e V. Índice IPARDES de Desempenho Municipal. Esses indicadores permitem identificar os municípios que apresentam menores recursos econômicos e sociais e, portanto, devem ter prioridade na alocação de recursos pela tendência a ter maiores dificuldades para a oferta de ações e serviços de saúde.

Outro indicador bastante utilizado para classificar os municípios é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), calculado pela média geométrica de três dimensões: longevidade, educação e renda. Conforme se observou nos achados da pesquisa, apenas Ramilândia ficou com IDHM considerado médio, os demais obtiveram índice acima de 0,7 considerado alto. Batalhão *et al.* (2018) afirmam que o desenvolvimento local resulta de ações que podem romper o elo de dependência e subdesenvolvimento de localidades afastadas do centro, promovendo uma mudança social no território. Isso porque o desenvolvimento humano não deve se limitar ao enfoque econômico, mas contemplar outras dimensões da vida em comunidade e da dinâmica do território.

Tavares (2006) observou que os pequenos municípios do Paraná que apresentam os melhores desempenhos no IDHM estão localizados nas mesorregiões formadas por vários municípios desse mesmo porte com municípios-pólos, que não exercem grande influência sobre eles. Nessas mesorregiões, observou-se certa homogeneidade nas políticas públicas de saúde, educação e geração de renda implementadas. Esse parece ser o caso dos municípios da 9ª Regional de Saúde, já que a maioria dos municípios tem IDHM considerado alto.

Já em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), medida composta por indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, cujo índice varia de 0,00 a 1,00 – quanto mais próximo de 1,00 maior é o desenvolvimento do município –, com exceção de Ramilândia (menor município), que atingiu IDHM de 0,630, considerado médio, os demais apresentaram índice maior que 0,700, considerado alto (Quadro 1) (CONASS, 2023a).

## **5.2 Mortalidade por COVID-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná**

A Tabela 1 mostra o número de óbitos, a taxa de mortalidade por mil habitantes e a letalidade por Covid-19 nos nove municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná. Santa Terezinha de Itaipu foi o município com maior quantidade de óbitos/mil habitantes (5,40) e com a maior letalidade (1,82%), único acima da média do estado, que foi de 1,57%. Todos os municípios tiveram taxa de letalidade menor que a nacional (1,90%). A menor letalidade (0,92%) e menor quantidade de mortes/mil habitantes (2,14) foi no município de Missal. Em

seu conjunto, os municípios da 9ª Regional de Saúde tiveram mais óbitos/mil habitantes (4,60) que a média do Paraná (4,06) e a média nacional (3,35). Outro fato que chama a atenção na Tabela 1 refere-se ao município de Ramilândia, município de pequeno porte que apresentou alta letalidade (1,35%) comparado a outros municípios do mesmo porte populacional.

Foz do Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu tiveram a maior mortalidade/mil habitantes, respectivamente, 5,40 e 5,17, e as maiores taxas de letalidade, respectivamente, 1,82% e 1,57% (Tabela 1). A mortalidade semelhante entre esses dois municípios pode ser explicada pela proximidade entre ambos (ver Figura 1) e por Santa Terezinha ser local de residência de muitos trabalhadores que atuam em Foz do Iguaçu.

**Tabela 1.** População Residente, óbitos, óbitos/mil habitantes e letalidade por Covid-19, segundo Brasil, estado do Paraná e municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023

Brasil/Paraná/Municípios	População	Óbitos	Mortalidade/mil habitantes	Letalidade
BRASIL	210.147.125	704.159	3,35	1,90%
PARANÁ	11.443.957	46.419	4,06	1,57%
9 RS	405.246	1.864	4,60	1,47%
Santa Terezinha de Itaipu	23.699	128	5,40	1,82%
Foz do Iguaçu	258.248	1.337	5,17	1,57%
Matelândia	18.107	70	3,86	1,45%
São Miguel do Iguaçu	27.576	94	3,40	1,31%
Medianeira	46.574	155	3,32	1,08%
Serranópolis do Iguaçu	4.477	14	3,12	0,99%
Itaipulândia	11.385	31	2,72	1,04%
Ramilândia	4.476	12	2,68	1,35%
Missal	10.704	23	2,14	0,92%

**Fonte:** Paraná (2023b); Brasil (2023).

O Estado do Paraná contabilizou 46.419 óbitos, com uma mortalidade de 4,06 óbitos por mil habitantes, o quarto estado com pior indicador, ficando atrás apenas de Rio de Janeiro, com 4,48, Mato Grosso, 4,34, e Rondônia, com 4,20 mortes por mil habitantes (CONASS, 2023b). Bega e Souza (2021) analisaram o processo de disseminação da pandemia do coronavírus no Brasil em grandes cidades, como Manaus, Fortaleza e São Paulo, e constataram maior incidência em áreas de alta vulnerabilidade social.

O novo coronavírus chegou ao Brasil por meio de pessoas pertencentes à classe alta, que se contaminaram no exterior, mas logo atingiu as classes sociais mais baixas, matando mais a população que residia na periferia das cidades do que as que residiam nos centros, o que mostra que a pandemia não foi “democrática”, como alguns chegaram a afirmar. As

piores condições de moradia, a falta de acesso à água e ao saneamento básico, a impossibilidade de realizar isolamento social quer seja pelos pequenos espaços nas residências ou pela necessidade de pegar transporte público para ir ao trabalho mostraram que a pandemia apresentou uma face social, penalizando os mais vulneráveis com acesso desigual aos serviços de saúde (LOZANO, 2022).

A Covid-19, em seu início, foi considerada uma doença com alta capacidade de infecção e com baixo coeficiente de letalidade. O padrão de transmissão ocorreu em todas as faixas etárias, entretanto, o perfil epidemiológico mundial apontou para maior letalidade entre idosos e indivíduos com comorbidades como principais grupos vulneráveis (MURILLO *et al.*, 2020), sendo uma das limitações deste trabalho, uma vez que essas variáveis não foram utilizadas neste estudo. O distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos se mostraram medidas efetivas para reduzir a transmissão do vírus (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Sanhueza-Sanzana *et al.* (2020) identificaram grande disparidade na distribuição dos óbitos por Covid-19 nos bairros de Fortaleza, demonstrando que a epidemia na cidade impactou desproporcionalmente a população, atingindo sobretudo as populações mais pobres. As características desiguais da distribuição e da dispersão da Covid-19 na cidade evidenciou uma estrutura desigual na exposição ao risco, fortemente associada à alta porcentagem da população excluída socialmente e segregada em áreas com estruturas precárias de vida.

A pobreza relacionada a mortalidade é um dos mais importantes fatores de desigualdade, suas características de transmissão, o acesso a insumos e cuidados, os desfechos dos casos e as chances de sobreviver são tão díspares que parece estarmos diante de duas doenças, com histórias naturais diferentes. A perpetuação da pobreza tem sido fator determinante na disseminação de doenças, que por sua vez reproduz mais pobreza, retroalimentando um ciclo no qual a pobreza gera mais doença e mais doença gera mais pobreza (LIMA *et al.*, 2021, p. 120).

Para Albuquerque e Ribeiro (2021), o vírus se proliferou rapidamente no Brasil, atingindo, de diferentes formas, classes sociais, gênero, raças, etnias e lugares, longe de ser democrático. As condições de vida e de saúde das pessoas, nos diferentes lugares, explicam, em grande medida, a capacidade de prevenção, acesso aos serviços de saúde e redução das consequências sanitárias, econômicas e sociais da Covid-19. Em países de classe média alta os óbitos em domicílio, especialmente da população idosa e pacientes terminais, expressam a qualidade nos cuidados, em contraste com os países em desenvolvimento, onde esses óbitos resultam muitas vezes da falta de acesso aos serviços de saúde (ORELLANA *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Mussi *et al.* (2019) indicou que, apesar da magnitude dos dados obtidos, é preciso considerar a diversidade dos indicadores entre diferentes regiões, uma vez

que as transmissões variam de acordo com ações, rotinas, disponibilidade de suprimentos, estrutura de serviços de saúde e de vigilância, questões culturais e políticas, além dos critérios para flexibilização das medidas de distanciamento social. Assim, demonstraram que frequentemente as causas de transmissão da doença aconteciam durante reuniões familiares, muito comum em cidades pequenas, como a maior parte das cidades campo do presente estudo.

Hastenreiter Filho e Cavalcante (2022) analisaram a mortalidade por Covid-19 nos 5.570 municípios brasileiros, com base em algumas variáveis. A população e o PIB per capita revelaram-se positivamente correlacionados com as mortes por Covid-19, possivelmente porque o vírus tende a circular mais onde há maior concentração de pessoas e maior atividade econômica presente.

Castilho *et al.* (2023) analisaram, juntamente com fatores socioeconômicos, sanitários e demográficos, a orientação política dos municípios e evidenciaram correlação positiva com a taxa de mortalidade da Covid-19 nos municípios com votação mais expressiva em Bolsonaro, em 2018, onde as taxas de mortalidade foram maiores. No entanto, a mobilidade da população se revelou ser um dos principais mecanismos de transmissão da doença.

No estado do Paraná, o aumento dos casos de Covid-19 confirmados elevou significativamente a taxa de ocupação de leitos da rede hospitalar, tanto de leitos de UTI como de leitos de enfermaria, sendo que, em março de 2021, a taxa de ocupação de leitos de UTI era de 95% e de leitos de enfermaria 82%. Tal realidade praticamente colapsou o sistema de saúde, especialmente nos pequenos municípios do estado, que não contam com atendimento hospitalar próprio, necessitando de referência para hospitais dos municípios maiores (SILVA; MEZZADRI, 2021).

Shimazaki (2022) salienta que a APS no enfrentamento da Covid-19 teve como tarefa a identificação e o dimensionamento da população com fatores de risco para agravamento da doença levando em consideração: i) ciclo de vida, em especial, das pessoas idosas frágeis; ii) doenças crônicas de alto risco: hipertensão, diabetes, doenças renais crônicas, doenças respiratórias crônicas, imunodeprimidas, entre outras; iii) condição de saúde: gestantes, profissionais de saúde, entre outros. A equipe da APS, durante a pandemia da Covid-19, se por um lado teve capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade.

Para lidar com a pandemia da Covid-19, os países adotaram várias estratégias, tais como testes na comunidade, rastreamento de contato, isolamento e outras medidas de saúde pública e sociais, que foram cruciais para desacelerar a transmissão da doença e reduzir a mortalidade. Nesse contexto, uma vigilância em saúde robusta foi fundamental para controlar a disseminação e orientar a implementação contínua de medidas de prevenção (PRADO *et al.*, 2021).

### **5.3 Rede de atenção e transferência de recursos federais para municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná**

Embora o repasse de recursos do Governo Federal para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 tenha envolvido vários ministérios e áreas, como Economia, Cidadania, Educação, Assistência Social, Cultura e Saúde, neste trabalho, vamos abordar apenas as transferências realizadas pelo Ministério da Saúde e pelo governo estadual para os nove municípios pertencentes à 9ª Regional de Saúde do Paraná, além de analisar a aplicação de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nos anos de 2019 a 2022.

A transferência de recursos aos municípios para enfrentamento da pandemia de Covid-19 deveria considerar a população e a rede de atenção existente. Nos municípios objeto da presente pesquisa, a rede de serviços públicos (Quadro 2) mostra diferenças importantes, sobretudo da rede de atenção primária, se considerado o tamanho da população.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) está presente em sete dos nove municípios (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Missal, Itaipulândia e Matelândia). Dos tipos de SAMU, com exceção ao município de Foz do Iguaçu, que possui duas Unidade de Suporte Avançado (USA) e cinco Unidade Básica de Saúde (UBS), Medianeira possui uma USA e uma UBS, São Miguel, Matelândia e Itaipulândia uma UBS, Santa Terezinha e Missal possuem um SAMU (192) (Quadro 2).

Ainda, dois municípios têm hospital sob gestão municipal: Foz do Iguaçu e Itaipulândia, sendo este com pouco mais de 11 mil habitantes. O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) está presente nos municípios com mais de 18 mil habitantes: Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu e Matelândia. Em relação aos tipos de CAPS, Foz do Iguaçu possui três, sendo eles: CAPS AD, CAPS II e CAPS I. Medianeira, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu e Matelândia possuem

CAPS I. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão presentes em municípios com população menor, como Missal, Itaipulândia, Ramilândia e Serranópolis (Quadro 2).

**Quadro 2.** População e serviços de saúde presentes no território, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023

Municípios	Média Pop. 2020/2021 (IBGE)	Centro Saúde/ UBS/Posto de saúde	Relação UBS/ habitantes	UPA	Hospital Geral	CAPS	TIPO	SAMU	TIPO	Serviço esp.	NASF
Foz do Iguaçu	258.109	39	6.618	4	1	3	CAPS – II CAPS I CAPS AD	7	USA – 2 UBS - 5	8	0
Medianeira	46.757	11	4.250	1	0	1	CAPS I	2	USA – 1 UBS - 1	3	0
São Miguel do Iguaçu	27.636	16	1.727	0	0	1	CAPS I	1	UBS - 1	1	0
Santa Terezinha de Itaipu	23.813	5	4.762	1	0	1	CAPS I	1	192	0	0
Matelândia	18.186	5	3.637	0	0	1	CAPS I	1	UBS - 1	1	0
Itaipulândia	11.486	6	1.914	0	1	0	0	1	UBS - 1	0	1
Missal	10.705	7	1.529	0	0	0	0	1	192	0	1
Ramilândia	4.488	1	4.488	0	0	0	0	0	0	0	1
Serranópolis	4.468	1	4.468	0	0	0	0	0	0	0	1

Fonte: CNES (2023).

Ainda no Quadro 2, Foz do Iguaçu apresentou a maior relação entre população/UBS, 6.618 habitantes/unidade de saúde, Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Serranópolis e Medianeira ficaram com uma relação em torno de 4.500 habitantes/unidade de saúde. Já Itaipulândia, São Miguel do Iguaçu e Missal apresentaram uma relação abaixo de 2000 habitantes/unidades de saúde.

A Tabela 2 mostra as transferências de recursos federais para o custeio das ações de saúde para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Observam-se diferenças nos valores per capita repassados, que variaram de R\$ 133,01 para o município de Missal, maior valor, a R\$ 55,87 para o município de Medianeira, menor valor. Três municípios não receberam recursos no ano de 2021 (Serranópolis, Itaipulândia e Medianeira).

**Tabela 2.** Transferências do Governo Federal em valores absolutos e per capita para custeio de ações visando ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023.

<b>Municípios</b>	<b>Média População 2020/2021</b>	<b>Recursos custeio 2020 em R\$</b>	<b>Recursos custeio 2021 em R\$</b>	<b>Total recursos custeio em R\$</b>	<b>Per Capita em R\$</b>
Missal	10.705	1.363.972,19	60.000,00	1.423.972,19	133,01
Ramilândia	4.488	484.722,95	60.000,00	544.722,95	121,37
Foz do Iguaçu	258.109	30.343.750,93	60.000,00	30.403.750,90	117,79
Serranópolis	4.468	507.778,40	00	507.778,40	113,64
Matelândia	18.186	1.769.779,35	60.000,00	1.829.779,35	100,61
São Miguel do Iguaçu	27.636	2.384.464,94	60.000,00	2.444.464,94	88,45
Santa Terezinha de Itaipu	23.813	2.488.280,32	60.000,00	2.548.280,32	88,44
Itaipulândia	11.486	995.974,17	00	995.974,17	86,71
Medianeira	46.757	2.612.766,34	00	2.612.766,34	55,87

Fonte: FNS (2023).

A transferência de recursos federais para investimento, visando à construção de infraestrutura para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, só ocorreu no ano de 2020 e variou de R\$ 1,59 per capita para o município de Santa Terezinha de Itaipu a R\$ 0,51 para Foz do Iguaçu (Tabela 3).

**Tabela 3.** Transferências do Governo Federal em valores absolutos e per capita para investimento visando ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023

<b>Municípios</b>	<b>População em 2020</b>	<b>Recurso Federal para investimento em 2020 em R\$</b>	<b>Recurso Federal Per Capita em R\$</b>
Santa Terezinha de Itaipu	23.699	37.782,00	1,59
Serranópolis	4.477	6.950,00	1,55
São Miguel do Iguaçu	27.576	37.782,00	1,37
Missal	10.704	10.425,00	0,97
Matelândia	18.107	17.375,00	0,95
Itaipulândia	11.385	10.425,00	0,91
Medianeira	46.574	37.782,00	0,81
Ramilândia	4.476	3.475,00	0,77
Foz do Iguaçu	258.248	133.996,00	0,51

Fonte: FNS (2023).

O financiamento do SUS precisou ser reestruturado para que estados e municípios pudessem enfrentar a pandemia da Covid-19, que impactou o mundo todo. Municípios de pequeno porte, em geral, possuem baixa capacidade de arrecadação própria, o que os torna dependentes de transferências constitucionais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e outras transferências legais. Municípios de médio porte contam com menores transferências obrigatórias, enquanto grandes municípios retomam maiores níveis de receita disponível per capita, compensando transferências obrigatórias com os maiores patamares de arrecadação própria (REZENDE 2010 *apud* LUI *et al.*, 2021).

A Constituição Federal brasileira afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, logo, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir universalidade e integralidade no acesso à saúde de brasileiras e brasileiros, sem distinções nem restrições por meio de financiamento tripartite (BRASIL, 1988). Em 2016, com a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, com a justificativa de conter o desequilíbrio fiscal, congelaram-se por vinte anos os gastos sociais do governo federal. Em um cenário de gigantescas desigualdades sociais, a limitação nesses gastos aprofundou as iniquidades históricas (PÊGO *et al.*, 2020).

No entanto, o financiamento das ações e serviços públicos de saúde para enfrentamento da pandemia passou necessariamente pela ampliação da alocação de recursos ao SUS, com grande dependência de recursos do governo federal. Isso porque há atribuições da política econômica que são exclusivas do governo federal: a maior parte da arrecadação tributária está concentrada na União; o SUS já estava subfinanciado há anos, apesar da ampliação da participação de estados e, principalmente, de municípios desde os anos 2000; e

o subfinanciamento foi agravado por medidas de limitação do gasto público adotadas pelo governo federal (SERVO *et al.*, 2020).

De acordo com a Portaria 480/2020 (BRASIL, 2020e), a distribuição dos recursos, no âmbito intraestadual, para enfrentamento da pandemia ficou sob a responsabilidade da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado, que deveria seguir alguns critérios de rateio, como a população residente e o potencial da rede assistencial existente para enfrentamento da Covid-19, ou seja, tanto serviços de APS como de média e alta complexidade.

Essa primeira portaria estabeleceu recursos do Governo Federal a serem disponibilizados aos estados e ao Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus – Covid-19. O artigo 1º estabeleceu recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no montante de R\$ 600.000.000,00, a ser disponibilizado, em parcela única, aos estados e ao Distrito Federal (BRASIL, 2020e).

Foi permitida, a partir do Decreto Legislativo nº 06/2020, que reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública, a abertura de créditos extraordinários que possibilitou a transferência de uma grande quantidade de recursos para estados e municípios. O Governo Federal instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional em razão de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente de pandemia. Para tanto, o artigo 5º da referida Emenda Constitucional (EC) determinou que as autorizações de despesas relacionadas ao enfrentamento da pandemia e de seus efeitos sociais e econômicos deveriam constar de programações orçamentárias específicas ou marcadores que as identifiquem (ALBUQUERQUE, 2022).

O Auxílio Financeiro a Estados (AFE) e Municípios (AFM) foi previsto na MP nº 938 de 2 de abril de 2020, convertida na Lei nº 14.041, de 18 de agosto de 2020, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. O artigo 5º da Lei Complementar nº 173/2020 definiu que os Poderes Executivos de estados e municípios deveriam aplicar o auxílio financeiro em ações de enfrentamento à Covid-19 e para mitigação de seus efeitos financeiros, sendo dez bilhões de reais em ações de saúde ou assistência social e cinquenta bilhões sem especificar as ações. Os demais valores repassados a estados e municípios são oriundos de transferências fundo a fundo para os entes subnacionais (ALBUQUERQUE, 2022).

A União entregou, na forma de auxílio financeiro, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, em 4 (quatro) parcelas mensais e iguais, no exercício de 2020, o valor de R\$ 60.000.000.000,00 (sessenta bilhões de reais) para aplicação, pelos Poderes Executivos locais, em ações de enfrentamento à Covid-19 e para a mitigação de seus efeitos financeiros. (ATRICON, 2020). Com a Emenda Constitucional nº 106/2020 (BRASIL, 2020f), o Governo Federal instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional em razão de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente de pandemia.

Mesmo que a vinculação do gasto em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) tenha sido determinante para a ampliação dos recursos alocados ao SUS pelas três esferas de governo, o financiamento do sistema ainda era insuficiente para fazer frente às necessidades de ampliação da oferta de bens e serviços de saúde. Permaneceram desigualdades significativas da despesa por habitante em ASPS entre as unidades federativas e grandes regiões (SERVO *et al.*, 2020).

O Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus (PFEC) foi instituído pela Lei Complementar (LC) nº 173, de 27 de maio de 2020 (BRASIL, 2020g), que instituiu as seguintes iniciativas: suspensão dos pagamentos de dívidas contratadas por estados e municípios com a União; reestruturação de operações de crédito interno e externo; e entrega de recursos da União na forma de auxílio financeiro.

Gonçalves (2021) expõe que, do montante alocado no Fundo Municipal de Saúde, R\$ 35,00 bilhões (92,1%) destinaram-se a despesas correntes, como aquisição de testes para detecção da Covid-19, material de consumo médico hospitalar e contratação de prestadores de serviço. Desse montante, R\$ 4,78 bilhões (13,6%) foram aplicados diretamente pela União e R\$ 29,64 bilhões (84,7%) foram transferidos para os entes subnacionais na modalidade fundo a fundo, para utilização a critério do ente federado beneficiado, conforme relatório interno do Senado Federal.

Funcia *et al.* (2022a) analisaram o caráter reativo e retardatário da execução orçamentária e financeira dos recursos para o enfrentamento da Covid-19 pelo Ministério da Saúde, evidenciando a combinação de falta de planejamento e de gestão, expresso numa coordenação nacional mínima e insuficiente para a gravidade da situação sanitária. Com interesses políticos e econômicos contrários ao interesse público, uma vez que houve a priorização tanto da negociação para obtenção de apoio parlamentar no Congresso como da manutenção da política de austeridade fiscal focada na redução das despesas primárias e da dívida pública e de negacionismo sanitário.

Pesquisa desenvolvida por Fernandes e Pereira (2020), com o objetivo de analisar a resposta governamental ao desafio de combate à Covid-19, sob o prisma do financiamento público dos serviços de saúde dos governos subnacionais brasileiros, mostrou que os créditos extraordinários abertos foram de diversas fontes de recursos, com destaque para o cancelamento de parte de despesas fixadas orçamentárias redirecionadas para emendas parlamentares individuais. Funcia *et al.* (2022a) analisaram o financiamento federal para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 em 2020 e durante o primeiro quadrimestre de 2021, períodos caracterizados como da primeira e segunda ondas, e identificaram que a preocupação do governo federal nesse período se estendeu para a construção de uma base parlamentar de apoio, o que retardou, de certa forma, a alocação de recursos financeiros destinados à pandemia para envio aos fundos estaduais e municipais de saúde.

O primeiro recurso alocado pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia ocorreu por meio da Medida Provisória nº 924, de 13.03.2020, que autorizou o remanejamento orçamentário entre dotações do próprio Ministério da Saúde. Ou seja, mais de trinta dias após a divulgação internacional do novo coronavírus, foi autorizada a retirada de recursos que seriam destinados a outras ações e serviços para atendimento às necessidades da saúde da população, cuja programação foi baseada na situação epidemiológica e sanitária da Covid-19 (FUNCIA *et al.*, 2022a).

No Brasil, intenso debate sobre a Covid-19 acontecia enquanto os casos se multiplicavam. Os estados e os municípios divergiram do governo federal e foram adotando medidas locais diferenciadas (SERVO *et al.*, 2020). Desde o início da pandemia, a postura do governo federal foi a de privilegiar a preservação das atividades econômicas contra ações de distanciamento social destinadas a conter a infecção do Coronavírus em estados e municípios (BASTOS; PETRINI; DOURADO, 2021).

Portanto, a crise sanitária se agravou com as divergências entre o governo federal e os entes subnacionais sobre as medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionados com a pandemia. No centro desse debate, estava um falso dilema entre economia e saúde, chegando-se a afirmar que, se o País adotasse medidas de isolamento, a crise econômica seria mais prejudicial que a crise sanitária (SERVO *et al.*, 2020).

#### **5.4 Transferência de recursos estaduais para municípios da 9ª Regional de Saúde**

O repasse de recursos estaduais (Tabela 4) teve variações bastante distintas entre os municípios da 9ª Regional de Saúde, o maior valor per capita foi de R\$ 592,03 para

Medianeira e o menor, de R\$ 52,24 para Itaipulândia, não ficando claros os critérios utilizados para o repasse de recursos. Observa-se que o fator de desigualdade não foi um critério utilizado para repasse de recursos estaduais aos municípios, especialmente no caso dos municípios de Porte I, pois três deles (Ramilândia, Missal e Serranópolis) receberam per capita de mais de R\$ 300,00 e Itaipulândia de apenas R\$52,24. O repasse maior para os municípios de Porte III pode ser explicado pela necessidade de atendimento hospitalar no caso da Covid-19, cuja concentração de serviços desse nível se encontram nesses municípios.

De acordo com a EC-29, os estados da federação e o Distrito Federal devem aplicar no mínimo 12% dos recursos próprios em saúde. Nos anos de 2020 e 2021, o governo do Paraná repassou o total de R\$ 151.222.883,90 para os nove municípios da 9ª Regional de Saúde, com uma média per capita de R\$ 294,61 (maior valor R\$ 592,03 e menor R\$ 52,24). Como os dados do Paraná compreendem o repasse de recursos para a totalidade das ações de saúde, não é possível estabelecer comparações com os valores repassados pelo Governo Federal que compreendem recursos só para enfrentamento à Covid-19. De toda forma, em nenhum dos dois casos é possível identificar os critérios utilizados para o repasse de recursos aos municípios.

Terre *et al.* (2022) desenvolveram estudo sobre os recursos aplicados no combate à Covid-19 no estado do Paraná e os resultados demonstraram que o maior aporte de recursos nos dois anos avaliados foi a saúde. Em 2020, o maior volume de recursos foi destinado à gestão na assistência hospitalar e ambulatorial, considerando a elevada demanda dos serviços de alta e média complexidade, para o cuidado aos acometidos pelo Covid-19 com quadro agudo e grave, principalmente os de grupos de risco.

Dotto *et al.* (2021) avaliaram os impactos financeiros-orçamentários iniciais da crise da Covid-19 nos estados brasileiros e no Distrito Federal e constataram que, no período inicial da crise, 55,56% dos estados aumentaram o nível de endividamento; 48,15% apresentaram redução na liquidez imediata; 96,30% apresentaram reduções na arrecadação tributária; e todos apresentaram aumento no grau de dependência de transferências intergovernamentais. Sobre a crise financeira gerada pela pandemia da Covid-19, Lima e Freitas (2020) argumentam que a situação fiscal de estados e municípios requer auxílio do governo federal, uma vez que a crise econômica gerou uma forte queda na arrecadação nesses entes, os quais se viram obrigados a declarar situação de calamidade pública.

**Tabela 4.** Transferências de recursos do governo estadual para a saúde em valores absolutos e per capita nos anos de 2020 e 2021, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>2020 valores em R\$</b>	<b>2021 valores em R\$</b>	<b>Total valores em R\$</b>	<b>Per capita valores em R\$</b>	<b>Porte dos municípios segundo fator de desigualdade</b>
Medianeira	46.574	13.078.375,21	14.495.004,04	27.573.379,25	592,03	Porte III
Foz do Iguaçu	258.248	51.864.336,01	52.560.455,66	104.424.791,67	404,35	Porte III
Ramilândia	4.476	110.033,76	1.618.586,99	1.728.620,75	386,19	Porte I
Missal	10.704	1.402.486,71	2.474.002,45	3.876.489,16	362,15	Porte I
Matelândia	18.107	2.132.979,69	3.895.629,58	6.028.609,27	332,94	Porte II
Serranópolis	4.477	98.549,78	1.273.835,10	1.372.384,88	306,54	Porte I
São Miguel do Iguaçu	27.576	1.538.522,59	2.210.623,28	3.749.145,87	135,95	Porte II
Santa Terezinha de Itaipu	23.699	612.750,72	1.261.917,03	1.874.667,75	79,10	Porte II
Itaipulândia	11.385	132.917,75	461.877,55	594.795,30	52,24	Porte I

**Fonte:** SESA (2023).

### 5.5 Aplicação de recursos próprios nas ações e nos serviços públicos de saúde pelos municípios da 9ª Regional de Saúde

Em relação à aplicação de recursos próprios advindos da receita de impostos e transferências constitucionais para ASPS, todos os municípios campo do estudo cumpriram a porcentagem mínima de 15% em todo o período analisado (2019 a 2022). Entretanto, poucos municípios elevaram a porcentagem nos anos de pandemia, como Medianeira, que passou de 17,75% em 2019 para 27,91% em 2020 e 25,52% em 2021, e Itaipulândia, que saiu do patamar de 16,48% em 2019 para 22,49% em 2020 e 18,32% em 2021. Vários municípios reduziram a sua participação em termos percentuais, considerando o ano de 2019, pré-pandemia, como Foz do Iguaçu, que reduziu de 34,47% para 24,04% em 2020 e 26,87 em 2021, e Ramilândia, que passou de 21,48% em 2019 para 19,91% em 2020 e 17,92 em 2021. O município de São Miguel do Iguaçu é um dos que tem investido menos recursos próprios com ASPS, embora em 2022 o município que menos investiu foi Itaipulândia, com 15,09%. Considerando os anos de 2019 e 2022, pré e pós-pandemia, com exceção do município de Medianeira, que aumentou a porcentagem de 17,75% para 29,46%, os demais municípios ou mantiveram o mesmo patamar anterior, como Serranópolis, São Miguel do Iguaçu e Matelândia, ou reduziram a porcentagem de recursos próprios, como Foz do Iguaçu, Missal, Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia e Itaipulândia (Tabela 5).

**Tabela 5.** Percentual da receita de impostos e transferências constitucionais aplicados com Ações e Serviços Públicos de Saúde, segundo ano e municípios da 9ª Regional de Saúde. Paraná/Brasil, 2023

<b>Municípios</b>	<b>2019 valores em %</b>	<b>2020 valores em %</b>	<b>2021 valores em %</b>	<b>2022 valores em %</b>
Foz do Iguaçu	34,47	24,04	26,87	28,48
Missal	31,93	32,13	18,13	19,23
Santa Terezinha de Itaipu	26,45	25,14	20,23	25,92
Ramilândia	21,48	19,91	17,92	18,17
Serranópolis	18,76	19,22	18,77	19,34
Matelândia	18,71	19,00	18,02	18,98
Medianeira	17,75	27,91	25,52	29,46
Itaipulândia	16,48	22,49	18,32	15,09
São Miguel do Iguaçu	15,83	15,15	15,73	16,44

Fonte: SIOPS (2023).

O aumento dos gastos com recursos próprios, no caso de Itaipulândia, pode decorrer do município ter um hospital sob administração municipal, o que exigiu, num primeiro momento, maiores investimentos para o atendimento hospitalar dos pacientes com Covid-19. Já a redução percentual dos recursos próprios no período da pandemia, na maior parte dos municípios, certamente foi compensada pelo repasse dos recursos federais para enfrentamento da pandemia, a maior parte deles para custeio.

Mudanças na gestão municipal podem explicar o fato de Medianeira ter tido um aumento significativo de recursos próprios em relação aos demais municípios, uma vez que o volume de recursos aplicados acima do mínimo é uma decisão local. Os municípios devem aplicar, no mínimo, 15% dos recursos próprios e das transferências constitucionais em saúde. Mesmo que a vinculação do gasto em ASPS pela EC 29 tenha sido determinante para a ampliação dos recursos alocados ao SUS pelas três esferas de governo, o financiamento do sistema ainda era insuficiente para fazer frente às necessidades de ampliação da oferta de bens e serviços de saúde. Assim, permaneceram desigualdades significativas da despesa por habitante em ASPS entre as unidades federativas e as grandes regiões do País (SERVO *et al.*, 2020).

A Lei Complementar 141, que regulamenta o §3º do artigo 198 da Constituição, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece, ainda, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Os nove municípios estudados cumpriram com a legislação, mas observou-se que a maioria deles reduziu os investimentos em saúde no período estudado e muitos não voltaram ao patamar anterior à pandemia nos anos seguintes (Tabela 5), aspecto que merece ser acompanhado nos próximos anos. Importante ressaltar que muitos municípios ainda possuem saldos de recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, os quais devem ser executados até 31/12/2023 (BRASIL, 2022). Além disso, em 2020, houve eleição municipal, com troca de governos que, talvez, por decisão política, decidiram manter os valores em patamares menores que os anteriores à pandemia.

De acordo com Servo e colaboradores (2020), a descentralização dos recursos para a Covid-19 manteve o curso tradicional de maior direcionamento para municípios, com menor participação dos estados e das aplicações diretas. Ao mesmo tempo, as demandas por investimentos para cobrir vazios assistenciais estavam fortemente associadas à atenção hospitalar e à alta complexidade, em que o papel dos estados é considerado central. Ainda que

se pudesse pensar em um reforço da coordenação entre estados e municípios por meio do fomento à organização das redes regionalizadas, esse não foi o caminho seguido pelas transferências federais nem mesmo em um momento como o da pandemia.

Costa, Zanardo e Costa (2021) salientam que o sucesso no processo de aprendizagem e construção de consenso na descentralização no SUS contribuiu para que os municípios comprometessem com ASPS parcelas substantivas das receitas decorrente da partilha tributária instituída em 1988, colocando a agenda da saúde no centro das decisões dos governos locais.

Os municípios, segundo Lui *et al.* (2022), precisaram compreender o seu lugar e sua função, considerando as características e os arranjos institucionais do SUS. Com isso, a concentração dos recursos financeiros, técnicos e informacionais na União atribuiu a esse a tarefa de coordenar o planejamento, propor parâmetros e programas nacionais. Aos estados coube a tarefa de coordenação da gestão nas respectivas jurisdições no que se refere às estratégias de regionalização da saúde, enquanto aos municípios se incumbiram as ações/ofertas de serviços de saúde (LUI *et al.*, 2022).

A crise financeira dos estados e o percentual de recursos próprios aplicados pelos municípios, já bem acima do piso constitucional, apontam para mais dificuldades na expansão do espaço fiscal (SERVO *et al.*, 2020). A extensão da participação de estados e municípios no financiamento do SUS, por meio da vinculação de recursos mínimos de arrecadação de cada ente federativo em ASPS, converteu-se em uma das principais alternativas para solucionar, ou mesmo remediar, o subfinanciamento.

## **5.6 Ações realizadas pelos municípios da 9ª Regional de Saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19**

O Quadro 3 apresenta as principais medidas para enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde. Para isso, definiram-se sete Eixos temáticos: Eixo I – medidas de controle e aglomerações; Eixo II – provimento de força de trabalho; Eixo III – reorganização da rede de serviços; Eixo IV – provimento de materiais e equipamentos; Eixo V – canais de comunicação com a sociedade; Eixo VI – compensação para amenizar a crise financeira; e Eixo VII – composição de grupos de trabalho. Em cada eixo, aparecem as medidas gerais e específicas adotadas por todos os municípios, como a criação de comitês de crise ou assemelhados, planos de contingência, isolamento social, teletrabalho no serviço público, suspensão das aulas e de atividades econômicas com

definição de serviços essenciais, protocolos para funcionamento dos serviços públicos, distribuição de alimentos para famílias mais vulneráveis, critérios para o retorno das atividades comerciais, disk-covid, criação de centros de triagem, equipes de saúde móvel, entre outras.

**Quadro 3.** Eixos Temáticos com as principais medidas para enfrentamento da pandemia de Covid-19, segundo os municípios da 9ª Regional de Saúde, Paraná/Brasil, 2023

<b>EIXOS TEMÁTICOS</b>
<p><b>EIXO I:</b> <b>MEDIDAS DE CONTROLE E AGLOMERAÇÕES</b></p>
<p style="text-align: center;">ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Declaração da Situação de Emergência do Município</li> <li>○ Declaração Estado de Calamidade Pública</li> <li>○ Institui Isolamento Social</li> <li>○ Estabelece Toque de Recolher</li> <li>○ Suspende Atividades Escolares</li> <li>○ Estabelece Regime Especial com aulas não-presenciais</li> <li>○ Suspende Atividades Econômicas, define serviços essenciais</li> <li>○ Suspende atividades em locais fechados de qualquer natureza e estabelece número de pessoas em reuniões</li> <li>○ Suspende funcionamento de hotéis e atividades turísticas</li> <li>○ Exige adesão e assinatura de termo de responsabilidade sanitária para retorno gradual das atividades comerciais e de serviço</li> <li>○ Institui protocolos para atendimento à população em serviços comerciais essenciais</li> </ul> <p style="text-align: center;">ADOTADAS POR ALGUNS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelece Barreiras Sanitárias nas fronteiras internacionais, aeroporto e locais públicos de visitação (Foz do Iguaçu)</li> <li>○ Estabelece critérios para estado de alerta por meio de mapa calor e instalação de bloqueios regionais (Foz do Iguaçu)</li> </ul>
<p><b>EIXO II:</b> <b>PROVIMENTO DE FORÇA DE TRABALHO</b></p>
<p style="text-align: center;">ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implanta equipes de saúde móvel para atendimento domiciliar</li> </ul> <p style="text-align: center;">ADOTADAS POR ALGUNS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suspende férias e licenças de servidores, autoriza convocação de servidores de outras secretarias. Dois municípios que não instituíram essas medidas: Missal e Serranópolis</li> <li>○ Estabelece medidas administrativas para servidores públicos que não utilizarem EPI recomendado ou usarem de forma inadequada. Somente dois municípios tomaram essa medida: Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Obriga o uso de Equipamentos de Proteção Individual para os trabalhadores de saúde (Foz do Iguaçu, Medianeira e São Miguel do Iguaçu)</li> </ul>
<p><b>EIXO III:</b> <b>REORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS</b></p>
<p>ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelece critérios para o funcionamento dos serviços de saúde</li> <li>○ Estabelece estratégia de detecção e manejo de casos positivos de COVID-19</li> <li>○ Autoriza a extensão automática das receitas de medicamentos e uso contínuo</li> <li>○ Criação de centros de triagem</li> </ul> <p>ADOTADAS POR ALGUNS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atribui atividades ao Conselho Tutelar (Itaipulândia e Missal)</li> <li>● Estabelece protocolo para o funcionamento do sistema prisional (Itaipulândia)</li> </ul>
<p><b>EIXO IV:</b> <b>PROVIMENTO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b></p>
<p>ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autoriza requisição administrativa de bens e serviços de hospitais privados</li> <li>○ Dispensa licitação para aquisição de bens e serviços</li> </ul>
<p><b>EIXO V:</b> <b>CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM A SOCIEDADE</b></p>
<p>ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cria Disk Covid</li> </ul>
<p><b>EIXO VI:</b> <b>COMPENSAÇÃO PARA AMENIZAR A CRISE FINANCEIRA E SOCIAL</b></p>
<p>ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelece medidas econômicas, como suspensão de prazos de vencimentos de impostos e taxas</li> <li>○ Garante distribuição de alimentos às famílias de alunos em situação de vulnerabilidade social</li> </ul>
<p><b>EIXO VII:</b> <b>COMPOSIÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO</b></p>
<p>ADOTADAS POR TODOS OS MUNICÍPIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criação de Comitê de Crise-Gabinete de Crise</li> <li>○ Plano de Prevenção e Contingenciamento</li> <li>○ Institui teletrabalho nos serviços públicos</li> <li>○ Cria Centro de Triagem</li> </ul>

**Fonte:** Construção própria a partir de decretos e portarias publicadas nos sites das prefeituras dos nove municípios

da 9ª Regional de Saúde.

Como representado no Quadro 3, observou-se certo padrão de resposta, embora as medidas (decretos e portarias) em geral tenham sido publicadas em datas que não eram coincidentes, isso pela ausência de uma orientação nacional e pela autonomia do município como gestor do SUS. As diferenças temporais, mesmo que de dias, na tomada de decisão pode ter interferido na disseminação do vírus e mesmo na mortalidade.

Nem todos os municípios fizeram extensão automática das receitas de medicamentos de uso contínuo (Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu e Matelândia não adotaram essa medida), apenas três municípios (Foz do Iguaçu, Medianeira e São Miguel do Iguaçu) determinaram a obrigatoriedade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os trabalhadores da saúde, sendo que dois municípios (Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu) estabeleceram medidas administrativas para servidores públicos que não utilizassem EPI recomendado ou usassem de forma inadequada. Dois municípios (Itaipulândia e Missal) definiram atividades específicas para o Conselho Tutelar, Itaipulândia estabeleceu protocolo para funcionamento de sistema prisional e Foz do Iguaçu estabeleceu barreiras sanitárias nas fronteiras internacionais, aeroporto e locais públicos de visitação e mapa de calor, que identificava os casos ativos do Covid-19 por quilômetro quadrado regionalmente, como critério para estabelecer estado de alerta e instalar bloqueios regionais (Quadro 3). Importante ressaltar que determinadas medidas que não constam no quadro podem ter sido tomadas pelos municípios sem ser objeto de decreto ou portaria, principal fonte de informação utilizada para compor o referido quadro.

A descentralização do SUS com a decorrente responsabilidade de estados e municípios é uma de suas diretrizes fundamentais, mas é necessário que o nível central exerça o papel de coordenação nacional e de indutor de políticas para os demais níveis do sistema (BRASIL, 1996). Lui *et al.* (2021) chamam a atenção que, para se entender o papel e o lugar dos municípios na política de saúde, demanda considerar as características gerais do SUS e a distribuição das responsabilidades dos três entes da federação.

[dada] a concentração de recursos financeiros, técnicos e informacionais na União, atribuiu-se a esse ente a tarefa de coordenar o planejamento, propor parâmetros e programas nacionais. Aos estados coube a tarefa de coordenação da gestão nas respectivas jurisdições, especialmente no que tange às estratégias de regionalização da saúde, enquanto os municípios incumbiram-se da implementação das ações e da oferta dos serviços (LUI *et al.*, 2021, p. 2).

A pandemia da Covid-19 representou um momento sem precedentes em nossa história, com disputa de insumos, medicamentos e equipamentos em escala mundial, que exigia uma resposta nacional. No Brasil, a falta de política nacional unificada de resposta à emergência sanitária levou a decisões descentralizadas em níveis estadual e municipal, o que gerou ações descoordenadas, desencontradas e quiçá catastróficas (MATTA *et al.*, 2021).

A fragmentação das ações, em contexto de grande desigualdade, incentivou a competição entre estados e municípios por insumos, equipamentos, recursos públicos e doações privadas para atendimento à saúde, assistência social, apoio às atividades econômicas e manutenção das receitas governamentais. Sem coordenação federal, estados e municípios precisaram competir em mercados internacionais, marcados pela grande disparidade de preços em função da escassez de oferta e alta demanda por medicamentos e equipamentos necessários para a atenção aos pacientes com Covid-19 (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2021).

A pandemia foi permeada por disputas políticas e narrativas importantes, que afetaram a boa condução da resposta nacional. Algumas políticas econômico-sociais acionadas para mitigar os efeitos da pandemia não foram suficientes para atender às necessidades de populações há muito vulnerabilizadas. O ano de 2020 foi marcado pela reabertura precoce e por uma influência importante da resposta europeia nas ações locais. Foi um ano de aprendizado, por cientistas, governos e sociedade, sobre formas possíveis de lidar com uma situação que se revelou dramática (MATTA *et al.*, 2021, p. 36).

Estudo de Silva *et al.* (2020), que avaliou o índice de isolamento social e a velocidade dos casos de Covid-19 no Brasil, evidenciou o aumento de casos de forma exponencial, considerando que houve correlação significativa e negativa quanto ao índice de isolamento social e à velocidade do número de casos. Em relação às medidas de distanciamento social, o Distrito Federal foi a primeira unidade do País a implementar uma série de medidas de distanciamento social, exatamente no dia em que foi declarada pela OMS a pandemia da Covid-19 (SILVA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). O distanciamento social ou o distanciamento físico se refere a um conjunto de medidas que visam reduzir a mobilidade social em uma comunidade onde possam estar presentes pessoas infectadas, inclusive assintomáticos e oligossintomáticos e não infectadas (SILVEIRA *et al.*, 2020).

O trabalho comunitário pode interferir na redução da disseminação da infecção, por meio do monitoramento dos casos leves em isolamento domiciliar e apoio às comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde, bem como o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da doença. A APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus

atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária (DAUMAS *et al.*, 2020).

O estado do Paraná decretou, em 23 de março de 2020, estado de calamidade pública, embora a ativação do Centro de Operações em Emergências (COE) para o enfrentamento do novo coronavírus já tinha sido feita por meio da Resolução nº 126/2020, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), sendo estabelecidas as estratégias e os tipos de intervenções a serem realizadas no sistema de saúde paranaense (MURILLO *et al.*, 2020).

No caso de Foz do Iguaçu, município de fronteira internacional, o Plano Municipal de Enfrentamento à Covid 19 foi promulgado em 20 de maio de 2020. Entre outras medidas, ampliou as barreiras sanitárias, localizadas no Aeroporto Internacional, no Terminal Rodoviário e nas Pontes Tancredo Neves (Argentina) e da Amizade (Paraguai) (MAGALHÃES; RONCONI; ASSIS, 2021).

A prioridade em colocar o isolamento nas fronteiras é compreendida pelo fato de as áreas fronteiriças serem territórios dinâmicos, constituídos por unidades epidemiológicas, onde os problemas de saúde são compartilhados e necessitam de atenção e de controle para garantir uma saúde pública de qualidade à população de ambos os países. O objetivo das barreiras sanitárias é no sentido de conter a propagação da doença, em que as próprias pessoas são as disseminadoras do vírus. As barreiras fronteiriças são estratégia fundamental para isolar a população contaminada e impedir novos avanços da doença para a população saudável (AZEVEDO; SERRA, 2023).

Lui *et al.* (2021) realizaram pesquisa com 4.061 prefeitos com o objetivo de analisar como os governos municipais responderam à crise sanitária e quais medidas desenvolveram em termos de enfrentamento da pandemia de Covid-19. Concluíram que devido à falta de uma coordenação nacional, os resultados apontam para uma certa “padronização” das ações desenvolvidas nos municípios. Mostrando a organicidade do SUS, o desenvolvimento de políticas por parte dos municípios se orientou pela concentração de serviços de referência regional em municípios de grande e médio portes. Além disso, municípios com mais influência política, como as metrópoles e as capitais, foram os que mais flexibilizaram as medidas de contenção do vírus.

A literatura indica que as clássicas medidas de saúde pública são capazes de controlar a expansão da epidemia. O impacto dessas medidas é maior quando combinados o isolamento dos casos, a quarentena dos contatos e o distanciamento social, abrangendo toda a população e não apenas determinados grupos, sendo também fundamental o fortalecimento das estratégias

de rastreio e monitoramento (SILVEIRA *et al.*, 2020).

A pandemia da Covid-19 mostrou para todo o mundo o maior desafio dos últimos 100 anos, impondo medidas de saúde pública que interferem no cotidiano das pessoas e em todas as esferas da vida. É sabido que a implementação das medidas exigiu mudanças comportamentais, com alto custo econômico e social, e sua manutenção ao longo do tempo constitui um grande desafio. Isso suscitou debates sobre mecanismos de incentivo à adesão da população, tanto aos diferentes graus de distanciamento social quanto ao uso de máscaras (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, os serviços de saúde precisaram se reinventar não apenas expandindo leitos hospitalares e de UTI, mas reorganizando os fluxos na rede de atendimento, redefinindo papéis das diferentes unidades e níveis de atenção e criando pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente por via remota. Todas as modalidades de teleatendimento (teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento e telerregulação) passaram a desempenhar papel central. Além da elaboração de protocolos a serem seguidos por todos os trabalhadores, em todos os níveis de atenção, foram incluídas normas de proteção aos trabalhadores e cuidados para evitar a disseminação do vírus nas unidades de saúde (DAUMAS *et al.*, 2020).

Ações de enfrentamento da Covid-19 em municípios de fronteira internacional indicaram especificidades próprias, como o fechamento da fronteira. O governo brasileiro fechou a fronteira do Brasil com o Paraguai, em decorrência da pandemia de Covid-19, em 19 de março de 2020, e estabeleceu a Portaria nº 125, de 19 de março de 2020, a qual dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no país de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

A medida buscou ampliar a restrição temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, estando em consonância com o conjunto de ações para conter a disseminação do coronavírus e atender a uma recomendação da ANVISA (BRASIL, 2020d). De imediato, houve reações políticas, ressaltando o impacto econômico que poderia ter para o município o fechamento das pontes na fronteira (LOZANO, 2022). Compreende-se, diante disso, que a fronteira, além de ser utilizada para demarcação de território, nação, também foi utilizada como barreira sanitária, impedindo aqueles que desejam de alguma forma buscar uma possível cura ou tratamento do outro lado da fronteira, violando direitos humanos da pessoa migrante em busca de melhores serviços (LOZANO, 2022).

Sobre o fechamento da Ponte da Amizade e a situação de calamidade pública da

Covid-19, Nogueira e Cunha (2020) salientam os primeiros casos da Covid-19 detectados em países do MERCOSUL, em que presidentes dos países integrantes do bloco publicaram, em 18 de março de 2020, uma declaração enfatizando a coordenação regional para a contenção e a mitigação do coronavírus e de suas consequências. Propuseram, também, facilitar o retorno dos cidadãos que se encontravam fora de seu país de origem; respeitar as especificidades das regiões fronteiriças quanto às medidas relativas à circulação de bens, serviços e pessoas; e identificar e remover possíveis obstáculos para a circulação de bens e serviços. Ainda, os autores acrescentam que Foz do Iguaçu e Ciudad del Este foram fortemente atingidas pela pandemia, com o problema econômico instalado, considerando que algumas atividades dependem do consumidor brasileiro, do turismo de consumo e dos funcionários do comércio local constituído em sua maioria por brasileiros (NOGUEIRA; CUNHA, 2020).

A pandemia da Covid-19 ultrapassou fronteiras. Azevedo e Serra (2023) discutem as percepções e as vivências dos moradores de Foz do Iguaçu sobre o fechamento da fronteira do Brasil e do Paraguai, durante sete meses no ano de 2020. No caso desses dois países, os fluxos e a circulação de pessoas sempre foram de relevante intensidade, por isso, os danos se distribuíram em ambos os lados da fronteira. Para garantir o abastecimento de mercadorias essenciais, tanto no Brasil como no Paraguai, continuaram com o livre tráfego do transporte rodoviário de cargas.

A pandemia confrontou a economia brasileira, acelerou as desigualdades e deixou à margem os pobres e os migrantes, enquanto os ricos foram menos acometidos pelo vírus, pois têm acesso a hospitais, melhores condições para se isolar e manter a quarentena, assim como não precisaram sair às ruas para trabalhar, podendo trabalhar de casa. O trabalho informal, nessa perspectiva, coloca a pessoa em múltiplos riscos e está fortemente ligado à letalidade da pandemia (LOZANO, 2022).

## 7. CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa permitiram identificar que o financiamento para o enfrentamento da Covid-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná teve aporte dos três entes responsáveis pelo SUS, federal, estadual e municipal, embora não tenha sido possível identificar os critérios utilizados para o repasse tanto dos recursos federais quanto dos estaduais. Chamou a atenção, nos resultados, a redução dos recursos próprios aplicados pelos municípios nos anos da pandemia, os quais parecem perdurar mesmo após o seu fim.

Em termos de caracterização dos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná em relação ao porte, rede de atenção e IDHM, trata-se de municípios, em sua maioria, de pequeno porte, mas que apresentam bom desempenho do IDHM. Em relação aos indicadores de mortalidade por Covid-19 nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, verificou-se que a regional teve, em seu conjunto, mais óbitos/mil habitantes (4,60) que a média do Paraná, que foi de 4,06/mil, e a média nacional, que foi de 3,35/mil. O município de Santa Terezinha de Itaipu (pequeno porte) foi o município com maior quantidade de óbitos/mil habitantes, 5,40, e com a maior letalidade, 1,82%, único com letalidade acima da média do estado do Paraná, que foi de 1,57%. Uma possível explicação para esses indicadores pode ser o fato de o município estar muito próximo da cidade de Foz do Iguaçu, constituir-se em cidade dormitório para trabalhadores que atuam em Foz e possuir uma pequena rede de atenção à saúde incapaz de atender às necessidades de saúde da população, que emergiram com a pandemia.

Sobre as principais ações de enfrentamento à Covid-19, estabelecidas pelos gestores municipais da 9ª Regional de Saúde do Paraná, observou-se que foram realizadas a partir de decretos municipais e portarias e seguiram certo padrão em todos os municípios, mas não foram executadas de forma coordenadas, uma vez que os municípios tinham autonomia para definir a data e período de duração das medidas, o que pode ter impactado na alta mortalidade.

Como limitações do estudo, apontam-se a dificuldade de obtenção dos dados relativos aos municípios nos sites das prefeituras, além da incompletude e a falta de padronização das informações no SIOPS, o que impossibilitou a identificação das ações com os gastos correspondentes. A falta de informações nos sistemas, também, dificultou a coleta de dados e uma análise mais aprofundada na pesquisa, considerando lacunas referentes à prestação de conta da Covid-19 em que algumas prefeituras e portais de transparência não deixavam claros os dados referentes aos gastos para o enfrentamento da pandemia.

Conclui-se que o volume de recursos repassados pelas esferas estadual e nacional permitiram aos municípios reduzirem o aporte de recursos próprios durante a pandemia, enquanto a maior mortalidade na 9ª Regional de Saúde do Paraná pode ter relação com o fato de ser região de fronteira. Sugere-se, desse modo, a realização de estudos que evidenciem os critérios utilizados para o repasse de recursos aos municípios e melhores sistemas de informação que permitam um melhor acompanhamento sobre o uso de recursos públicos na área da saúde. Também, estudos qualitativos podem identificar outras ações não realizadas a partir de decretos municipais.

## 8. REFERENCIAS

AGÊNCIA BRASIL - ALCOLUMBRE, D. Congresso promulga emenda do Orçamento de Guerra: Ministério da Economia publicará, a cada 30 dias, relatório dos gastos. Brasília - DF: **Agência Brasil - Empresa Brasil de Comunicação - EBC**, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-05/congresso-promulga-emenda-do-orcamento-de-guerra>. Acesso em: 20 mar. 2023.

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00182117, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b3bm7Zw4cBGpTh8WDJ6WKXw/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

ALBUQUERQUE, E. F. **Municípios para combate aos efeitos da pandemia de Covid-19: Avaliação das Despesas oriundas dos repasses federais ao governo do estado e municípios da Paraíba**. Monografia de conclusão de curso de especialização. Instituto Serzedello Corrêa (ISC) da Escola Superior do Tribunal de Contas da União - ISC/TCU, Brasília, 2022. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auxilio-financeiro-a-estados-e-municipios-para-combate-aos-efeitos-da-pandemia-de-covid-19-avaliacao-das-despesas-oriundas-dos-repasses-federais-ao-governo-do-estado-e-municipios-da-paraiba-8A81881E8A58908F018B3A58E5A47AA9.htm>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

ALBUQUERQUE, M. V.; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00208720, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YnJk6W34PYN9G5jp39kzCdy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2022.

AMARAL, A. P. M.; DA SILVA, E. S.; BARAKAT, N. J. D. As fronteiras da pandemia, lockdown e os direitos humanos. **Revista Pensamento Jurídico**, v. 16, n. 1, p. 515-538, 2022. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/336>. Acesso em: 10 de junho de 2023.

ATRICON, Associação dos Membros do Tribunal de Contas do Brasil. **NOTA TÉCNICA Nº 03/2020** - Lei Complementar 173, de 27/05/2020, que estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/08062020\\_NOTA-TECNICA\\_atricon.pdf](https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/08062020_NOTA-TECNICA_atricon.pdf). Acesso em: 01 de outubro de 2023.

AZEVEDO, S. T.; SERRA, E. A percepção dos moradores de Foz do Iguaçu (PR) sobre o fechamento da fronteira entre Brasil e Paraguai. **Geografia**, Londrina, v. 32, n. 2, p. 29-48, jul., 2023. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/geografia/article/view/47431>. Acesso em: 08 de ago. de 2023.

BARROS *et al.* O papel do estado ante a pandemia: uma análise à luz da realidade. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2021. Brasília, DF. 338 p. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150762/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

BASTOS, P. P. Z.; PETRINI, G. L.; DOURADO, L. S. Ação tardia, inação precoce, nova ação tardia: o PIB da pandemia e o cenário pessimista de 2021. **Instituto de Economia**, Campinas, Nota 17, 2021. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/noticias/nota-17-do-centro-de-estudos-de-conjuntura-e-politica-economica-cecon>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BATALHÃO, A. C. S.; PRATES, G. A.; TEIXEIRA, D.; GODOI, E. L. Dimensões do desenvolvimento humano: o caso da região de Ribeirão Preto, SP. **Interações**, Campo Grande, v. 19, p. 237-256, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/tFjM3tZFzsGyJbJPZvk8yLS/?lang=pt>. Acesso em 20 de setembro de 2022.

BEGA, M. T. S.; SOUZA, M. N. Pandemia e efeito-território: a desigualdade social como catalisadora da Covid-19. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 9, n. 21, p. 25-54, jan-abr, 2021. Disponível em: <https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/rbs/article/view/rbs.775>. Acesso em: 5 de julho de 2021.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 4, p. 5, 2006. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000400001](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001). Acesso e: 15 de abril de 2023.

BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MENDES, A; LOUVISO, M; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Rev. USP**. n. 128, p. 13-26 jan – mar, 2021. Disponível em: <file:///Users/marialucia/Downloads/185393-Texto%20do%20artigo-486702-1-10-20210504.pdf>. Acesso em abr. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 1 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF., 19 set. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na

forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html). Acesso em 15 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012, p.1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Dispõe das normas sobre financiamento e transferências dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020a**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm). Acesso em: 01 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.896, de 30 de dezembro de 2020b**. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos estados e Distrito Federal, para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coronavírus. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Ed: 249-B. Seção: 1 - Extra B. Página: 8. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3896\\_30\\_12\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3896_30_12_2020.html). Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19: **Brasil confirma o primeiro caso da doença**. **Portal Gov.br**, 26 fev. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 11 de abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 125, de 19 de março de 2020d**. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Ed: 54 B. Sessão: 1 – Extra. Página: 1. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/portaria-125-fechamento-fronteiras.pdf>. Acesso em 30 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 480, de 23 de março de 2020e**. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ed. 58, Seção: 1, Página:

80, 25 mar. 2020c. Disponível:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20480-20-ms.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Fica%20esta](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20480-20-ms.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Fica%20esta). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional Nº 106 de 07 de maio de 2020f**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm). Acesso em: 23 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar Nº 173 de 27 de maio de 2020g**. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. **DOU de 28.5.2020**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp173.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm). Acesso em 23 ago. 2023.

BRASIL. Portal da transparência - Controladoria-Geral da União: Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de Coronavírus (COVID-19). Brasília: **Serviço de Informações ao Cidadão da Controladoria-Geral da União (SIC/CGU)**, 2021. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2020> . Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde - FNS. **Lei Complementar nº 197, de 06 de dezembro de 2022. Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-197-de-6-de-dezembro-de-2022-448494050>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Coronavírus/Brasil. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em julho de 2023.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS Ministério da Saúde. Cortez, 2006. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=EsCCEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=EsCCEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 05 de janeiro de 2023.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza (org). *Política Social e Democracia*, 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (Org). **Política Social e Democracia**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Brasil: impactos do Covid-19 e recuperação. **Revista de Economia**, v. 42, n. 77, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.bresserpereira.org.br/papers/2021/264-Covid-impacto-no-Brasil-RevEconomia-FOR.pdf> Acesso em: 23 jan. 2022.

CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T.; COLUSSI, C. F.; SCHNEIDER, I. J. C.; ROCHA, T. A. H. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, out-dez., 2016. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/ress/a/nYQtkd4HypncJ5Rkk9hKntS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CAMPANA, A. C.; KUCZERA, A. C. V.; MENEGHETTI, B. D.; DAGA, D.; FRACCANABIA, D.; HORST, H.; DAGHETTI, K. C.; WALCZEWSKI, L. G. B.; SANTOS, M. L.; BRUECKHEIMER, M. E. K.; CUNHA, M. P.; BASSO, S.; GRILLO, L. P. Prevalência de comorbidades em indivíduos infectados por Covid-19 em um município de porte médio. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 1, p. 121-134, jan-abr, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1414731>. Acesso em: 15 jun. 2023.

CASTILHO, M. R.; PERO, V.; RAZAFINDRAKOTO, M.; ROUBAUD, F.; SABOIA, J. Negacionismo e o papel dos fatores políticos para a mortalidade por Covid-19 no Brasil. **Nova Economia**, v. 33, n. 1, p. 65-93, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/4C9VBLs9hqGPynSD4t8wXtz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

CEPAL/UNESCO. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19**. Informe COVID-19, Santiago, ago., 2020. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45904/S2000510\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45904/S2000510_es.pdf). Acesso em: 10 ago. 2021.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Pandemia e Direitos Humanos nas Américas**: Resolução 1/2020. Aprovada pela CIDH em: 10 abr. 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Portal**. 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em dez 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica/Indicador**: índice de desenvolvimento humano – IDHM. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2023a. Disponível em: [https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas\\_tecnicas/NT-IDHM.pdf](https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-IDHM.pdf). Acesso em: 9 jun. 2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Painel Nacional**: COVID-19. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2023b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Mudanças no financiamento de saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2018. 40 p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2023.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 289–296, abr-jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>. Acesso em: 18 set. 2021.

COSTA, J. R. C.; ZANARDO, A. M.; COSTA, L. M. **Dossiê CIDIJUS Pandemia**. Rio Grande: IBRAJU Edições, 2021. 190 p. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/9669/LIVRO%20DOSSI%c3%8a%20PANDEMIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Acesso em: 22 ago. 2021.

DOMINGUEZ, B. Alerta global: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n. 210, p. 14-21, mar. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/40590/Radis210BrunoDominguez.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 30 jul 2021.

DOTTO, A. H. C.; SCHIAVO, P. S.; BERTOLINI, G. R. F.; DALL'ASTA, D. Os impactos financeiros-orçamentários iniciais da crise da Covid-19 nos estados brasileiros e Distrito Federal. **Revista de Tecnologia Aplicada**, v. 10, n. 2, p. 36-50, mai-ago., 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/gyoaz/Downloads/1668-5604-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gyoaz/Downloads/1668-5604-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 26 out. 2021.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega: O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995>. Acesso em: 15 nov. 2021.

FERNANDES, C. E. **Poder Entrevista**: Dr. César Eduardo Fernandes, presidente da AMB. São Paulo: Associação Médica Brasileira - AMB, 9 jan. 2022. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/poder-entrevista-dr-cesar-eduardo-fernandes-presidente-da-amb/>. Acesso em: 17 mai. 2022.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 595-613, jul-ago., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/zNs77xnNYYT3xxtTvhTpyVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

FLEURY, S. Políticas de isolamento na pandemia: Confrontação federativa, disputas discursivas e consequências políticas sanitárias. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2021. Brasília, DF. p. 110-125. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150762/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FUNCIA, F. R. (Coord). **Nova Política de Financiamento do Sus**. ABrEs – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Salvador, 2022b. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2022/07/Proposta-Nova-Politica-de-Financiamento-SUS-Abres.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2022.

FUNCIA, F. R.; BRESCIANI, L. P.; BENEVIDES, R.; OCKÉ-REIS, C. O. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 263–276, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213301>. Acesso em: 18 dez. 2022.

FNS. Fundo Nacional de Saúde. Ministério da Saúde: **Portal**. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/>. Acesso em fev 2023.

GHEBREYESUS, T. A. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Genebra, 11 de março, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, A.O. Transferência de recursos financeiros ao nível estadual para enfrentar a pandemia Covid-19. Brasília - DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CNS, 2021. 314 p. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Competências e Regras**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2021. Brasília, DF. p.208-223. Disponível em: [http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/40695/1/CAPITULO\\_TransferenciaRecursosFinanceiros.pdf](http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/40695/1/CAPITULO_TransferenciaRecursosFinanceiros.pdf) Acesso em: 15 fev. 2021.

HASTENREITER FILHO, H. N.; CAVALCANTE, L. R. Variáveis associadas à mortalidade por covid-19 nos municípios brasileiros: um estudo exploratório. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**, n. 60, p. 57-70, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.59072/rper.vi60.68>. Acesso em: 14 fev. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Área Territorial Oficial** - Consulta por Unidade da Federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html>. Acesso em: 29 abr. 2023.

LIMA, A. V.; FREITAS, E. A. A pandemia e os impactos na economia brasileira. **Boletim Economia Empírica**, v. 1, n. 4, p. 17-24, 2020. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/bee/article/view/4773/0>. Acesso em: 14 jun. 2021.

LIMA, A.L.S.; PÉRISSE, A.R.S.; LEANDRO, B.; BATISTELLA, C.E.; ARAÚJO, F.; SANTOS, J.L.M.S.; ANGELO, J.; MARTINS, M.; GRACIE, R.; OLIVEIRA, R.G. Covid-19 nas favelas: cartografia das desigualdades. In: MATTA, G.C.; REGO, S., SOUTO, E.P., SEGATA, J. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: **Observatório Covid 19**; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 111-121. Informação para ação na Covid-19 series.

LOZANO, G. S. Impacto da pandemia do COVID-19: migrantes, trabalhadores informais e na região de fronteira. **Tempo da Ciência**, Toledo, v. 29, n. 58, p. 150-168, jul-dez., 2022. Disponível em: <https://erevista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/30442/21413>. Acesso em: 2 de março de 2022.

LUI, L.; ALBERT, C. E.; SANTOS, R. M.; VIEIRA, L. C. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19.

**Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00319151, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JdjbBW4mBnjDd7kNnQnkwtp/>. Acesso em: 1 de julho de 2022.

LUI, L.; LIMA, L. L.; AGUIAR, R.; MACHADO, J. A.; ALBERT, C. A potência do SUS no enfrentamento à Covid-19: alocação de recursos e ações nos municípios brasileiros.

**Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00247178, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jf5mjpgMgWjzBkVNCp6tzMv/?format=pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2022.

MAGALHÃES, J. Q. de. **Direito Constitucional**. Curso de Direitos Fundamentais. 3ed. ver. e atual. São Paulo: Método, 2008.

MAGALHÃES, L. P. M.; RONCONI, L.; ASSIS, G. O. A gestão pública da Covid-19 nas fronteiras brasileiras. O caso do município de Foz do Iguaçu. **Simbiótica Revista Eletrônica**, v. 8, n. 2, p. 67-91, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/simbiotica/article/view/36379>. Acesso em: 02 de maio de 2022.

MASCARENHAS, M. C; KLAUCK, S. COVID 19 e o fechamento da Ponte Internacional da Amizade. **RELA Cult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 6, n. 3, set-dez., 2020. Disponível em:

<https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/2030/1386>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MASSUDA, A. R. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXdTW4TqVLFMg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MASSUDA, A. R. T; TASCA, R. A resposta dos sistemas de saúde á Covid-19: Breve análise sobre o SUS. In SANTOS A; de O; LOPES, L; T. **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2021. Brasília, DF. p. 78-85. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150762/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 8 de abril de 2023.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/z7twZHLPPsSvRQ64Qg48ZL/>. Acesso em: 5 de março de 2022.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F. DE; LIMA, L. D. DE; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

**Saúde em Debate**, v. 43, p. 137-144, 2020. Disponível em:

<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; E GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>. Acesso em: 05 out. 2021.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015, 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; REIS, C. O. O. **Nota de Política Econômica: Orçamento federal da saúde em 2021**. Rio de Janeiro: Instituto de economia e Grupo de economia do setor público - UFRJ, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dweck/publication/364118941\\_Nova\\_Politica\\_de\\_Financiamento\\_do\\_SUS/links/633aee1c769781354eb67c78/Nova-Politica-de-Financiamento-do-SUS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dweck/publication/364118941_Nova_Politica_de_Financiamento_do_SUS/links/633aee1c769781354eb67c78/Nova-Politica-de-Financiamento-do-SUS.pdf). Acesso em: 10 fev. 2023.

MULLER, K. M.; RADDATZ, V. L. S.; STRASSBURGER, T. Mídia e Fronteira: jornais locais em Uruguaiiana – Libres e Livramento – Rivera. **Intexto**, Porto Alegre, n. 34, p. 385-400, set-dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19132/1807-8583201534.385-400>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MURILLO, R. S. G.; CONDE, OI. L. M.; LEANDRO, G. C. W.; FREITAS, H. B.; SOUZA, E. F. Atuação do sanitário em município brasileiro de tríplice-fronteira: Covid-19 como emergência de saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. Supl.1, p. 250-265, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p250>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; ASSUNÇÃO, E. T. C.; NUNES, C. P. Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 2, p. 414- 430, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193/32038>. Acesso em: 13 fev. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: \*MIOTO E NOGUEIRA Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S.; ALONSO, C. B.; CERCHIARO, E. O.; CENTENO, J. H.; JACQUIER, N. M.; AGUERO, S. M. G.; GARCIA, M. D. C. Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 145–156, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p145-156>. Acesso em: 10 ago. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; CUNHA, F. R. A pandemia da Covid-19 em regiões transfronteiriças: primeiras aproximações. **Revista MERCOSUR de Políticas Sociais**, v. 4, p. 14-28, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/347792791\\_A\\_pandemia\\_da\\_Covid-19\\_em\\_regioes\\_transfronteiricas\\_primeiras\\_aproximacoes](https://www.researchgate.net/publication/347792791_A_pandemia_da_Covid-19_em_regioes_transfronteiricas_primeiras_aproximacoes) . Acesso em: 5 set. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. da. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em saúde. **Revista em Pauta**. V. 06, N. 24, dez. 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2f2b/5624c1c506ceb88adde47a83ee2c8c58de25.pdf>. Acesso em 5 set. 2021.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20200106, 2020. Disponível em: [scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 21 jan. 2021.

OLIVEIRA, C. M.; MARTINS, G. S.; SILVA, G. S.; CORRÊA, I. C.; ROSA, J. R.; CABRAL, Y. R.; OLIVEIRA, J. A. Plano de contingência, como o Brasil se organizou frente à chegada da Covid-19: revisão integrativa. **Revista Saúde e Inovação**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://revista.igesdf.org.br/index.php/revista/article/view/18/11>. Acesso em: 10 jun. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021**. Maio de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>. Acesso em: jul. 2023.

ORAIR, R. O. **Política fiscal e resposta emergencial do Brasil à pandemia**. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10822/1/BPS\\_28\\_nps3\\_politica\\_fiscal.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10822/1/BPS_28_nps3_politica_fiscal.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

ORELLANA, J. D. Y.; CUNHA, G. M.; MARRERO, L.; MOREIRA, R. I.; LEITE, I. C.; HORTA, B. L. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00259120, fev., 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n1/e00259120/#>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PAIM, J. S. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr., 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6167>. Acesso em: 01 abr. 2022. pandemia. Acesso em: 24 ago. 2021.

PARANÁ. Secretário de Estado da Saúde. **Plano de Contingência do Paraná Covid-19**. 2020. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-06/plano\\_de\\_contingencia\\_do\\_parana\\_covid\\_19\\_nivel\\_3\\_atualizado.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3_atualizado.pdf). Acesso em 24 ago. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução sesa nº 237/2012. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/resolucao2372012.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/resolucao2372012.pdf). Acesso em: 10 mai. 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa do Site**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/>. Acesso em 15 jul 2023a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Coronavírus – Covid-19. 2023b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Acesso em 15 jul 2023.

PÊGO, B.; MOURA, R.; NUNES, M.; KRÜGER, C.; MOREIRA, P.; FERREIRA, G.; NAGAMINE, L. **Pandemia e fronteiras brasileiras: análise da evolução da Covid-19 e proposições**. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10039>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PEREIRA, F. H. L. C. S.; SOUSA, L. M.; MONT ALVERNE, T. C. F.; Direito à saúde para o residente fronteiriço: Desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, dez., 2018. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/5672>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PINTO, E. G. **Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19**. São Paulo, jul. 2021. Disponível em: <https://www.mpc.sp.gov.br/sites/mpcsp/files/portal/2021/07/Relatorio-sobre-a-execucao-orcamentaria-do-SUS-Elida-G-Pinto.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2022.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S. **Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

PORTAL DA CIDADE. **Paraguai instala portão na Ponte da Amizade para impedir a entrada de pedestres**. Foz do Iguaçu, 08 de março de 2020. Disponível em: <https://foz.portaldacidade.com/noticias/regiao/paraguai-instala-portao-na-ponte-da-amizade-para-impedir-a-entrada-de-pedestres-3036>. Acesso em: 10 de abril de 2022.

PRADO, N. M. B. L.; BISCARDE, D. G. S.; PINTO JUNIOR, E. P.; SANTOS, H. L. P. C.; MOTA, S. E. C.; MENEZES, E. L. C.; OLIVEIRA, J. S.; SANTOS, A. M. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.7, p. 2843–2857, jul., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PREUSS, L. T. Territórios fronteiriços e os processos de integração regional no Mercosul. In: **VII Seminário Estadual de Estudos Territoriais**, 2014. Disponível em: <https://memoria.apps.uepg.br/seet/wp-content/uploads/sites/5/2014/08/TERRIT%C3%93RIOS-FRONTIERI%C3%87OS-E-OS-PROCESSOS-DE-INTEGRA%C3%87%C3%83O-REGIONAL-NO-MERCOSUL.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

REUTERS, A. P. **Retrato da pandemia: Quase três vezes mais pessoas morreram de Covid do que mostram dados oficiais, aponta OMS**. InfoMoney, 5 mai. 2022. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/quase-tres-vezes-mais-pessoas-morreram-de-covid-do-que-mostram-dados-oficiais-aponta-oms>. Acesso em: 12 maio. 2023.

SANHUEZA-SANZANA, C.; AGUIAR, I. W. O.; ALMEIDA, R. L. F.; KENDALL, C.; MENDES, A.; KERR, L. R. F. S. Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020743, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/X9JpkGqnV9ZyXWYDx4KVNWd/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 471 p.

SANTOS, A. O.; ALVES, J. A.; VILELA, L. M.; HERRERA, J. C. S. Covid-19: desempenho da câmara dos deputados do Brasil e ação intersetorial na saúde. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Competências e Regras**. Brasília: Conselho Nacional de Secretária de Saúde, 2021. Brasília, DF. p. 34-56. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume3.pdf>. Acesso em 10 de março de 2022.

SCHULZE, C. J. Diálogos institucionais e a Covid-19: O legado da tragédia. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretária de Saúde, 2021. Brasília, DF. p. 66-77. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150762/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

SERVO, L. M. S.; SANTOS, M. A. B.; VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R. P. S.E. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde Debate**, v. 44 n. 4, p. 114–129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em 14 ago. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez editora, 2017. 274 p.

SHIMAZAKI, M. E. O impacto da regionalização na resposta à pandemia da Covid-19. 2022. Disponível em: <https://supremecare.com.br/blog/f/o-impacto-da-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-na-resposta-%C3%A0-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SILVA, F. C.; ZAMPROGNA, R. M.; SOUZA, S. S.; SILVA, D. H.; SELL, D. Isolamento social e a velocidade de casos de covid-19: medida de prevenção da transmissão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200238, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7HqgzsgVYgHHgrP9fPqdyhm/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jan. 2022.

SILVA, L. L. S.; LIMA, A. F. R.; POLLI, D. A.; RAZIA, P. F. S.; PAVÃO, L. F. A.; CAVALCANTI, M. A. F. H.; TOSCANO, C. M. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00185020, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gR6mkQmSqBHqvZb5YMNYjxD/#>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SILVA, M. G. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos Brasiguaios: Análise da intervenção profissional do Assistente Social em Foz do Iguaçu**. 2006. Dissertação

(Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC\\_540582554ced19554b813d95c48f9bb6](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_540582554ced19554b813d95c48f9bb6). Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, R. K.; MEZZADRI, C. E. R. Pandemia de COVID-19 no ano de 2020: atuação da administração pública paranaense com enfoque nos municípios de pequeno porte. **Percurso**, v. 2, n. 39, p. 182-202, 2021. Disponível em: <https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/5457>. Acesso em: 5 de Janeiro de 2022.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M.; ARCOVERDE, M. A. M.; DESCHUTTER, E. J.; PALHA, P. F.; BERNARDI, A. S. Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3398, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fqkQHNBCkrVqdDxtxyvWj/?lang=en#>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SILVEIRA, I. H.; ORTELAN, N.; PESCARINI, J. M.; FERREIRA, A. J. F.; SOUZA-FILHO, J. A.; LEITE, L.; AQUINO, R.; AQUINO, E. M. L. Medidas de distanciamento social e uso de máscaras no contexto da covid-19: impactos e desafios. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/12/vol2\\_cap7\\_Medidas%20de%20distanciament%20social%20e%20uso%20de%20m%C3%A1scara%20no%20contexto%20da%20COVID-19.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/12/vol2_cap7_Medidas%20de%20distanciament%20social%20e%20uso%20de%20m%C3%A1scara%20no%20contexto%20da%20COVID-19.pdf). Acesso em: 14 jun. 2022.

SIMÃO, M. A. **Entrevista:** Dra. Mariângela Simão, vice-diretora-geral da OMS. Nações Unidas – CNN Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/seis-meses-de-pandemia-mostraram-resiliencia-do-sus-diz-vice-diretora-da-oms/>. Acesso em: 30 mai. 2023.

SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde. **Acesso a informação**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>. Acesso em fev 2023.

SOUZA, D.O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, suppl 1, pp.2469-2477, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702469](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702469). Acessado em: 5 de outubro de 2020.

STRABELLI, T. M. V.; UIP, D. E. COVID-19 e o coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, p. 598-600, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/NWkKJDxLthWSb53XFV9Nhvn/?format=pdf&msclid=d2730e0dc82311ec9bcc97ebca69ae9e>. Acesso em: 30 dez. 2021.

STF. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Brasília – DF: **Portal STF**, 15 abr.

2020. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1> . Acesso em: 15 mai. 2021.

TAVARES, M. M. **Políticas Públicas e Pequenos Municípios**: Uma Avaliação no Estado do Paraná. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia), Programa de Pós-Graduação em Geografia, Setor de Ciências da Terra. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2006. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/1884/4655>. Acesso em: 21 de abril de 2022.

TERRE, B. R. B. F.; TOSO, B. R.G. O.; REIS, L. F.; JOHANN, J. A. Recursos aplicados ao combate à COVID-19 no Estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 5, n. 4, p. 1-17, dez. 2022. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/716>. Acesso em: 20 de agosto de 2023.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Pandemia já custou mais de R\$ 600 bilhões aos cofres federais**. 2021. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/pandemia-ja-custou-mais-de-r-600-bilhoes-aos-cofres-federais.htm>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VILLA, T. C.S.; WEILLER, T. H.; PALHA, P. F.; MISHIMA, S. M.; ANGERAMI, E. L. S.; SÁ, L. D. Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, p. 101-105, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b57F7nn76n7T6MSYx3KQLKx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

WILLEMANN, M. C. A.; MEDEIROS, J. M. DE.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018377, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2019.v28n3/e2018377>. Acesso em: 01 de maio de 2023.