



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

MAYANA DE SOUZA FERREIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NA
REGIÃO DE SAÚDE DA ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO (GO): análise comparativa
entre os anos de 2019 à 2023**

**Catalão (GO)
2025**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, número 1120, - Bairro Setor Universitário, Catalão/GO, CEP 75704-020
Telefone: - - <https://www.ufcat.edu.br>

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA)

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO (UFCA)

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Catalão (UFCA) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFCA), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFCA é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o(a) autor(a) e o(a) orientador(a) Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico Dissertação ou Tese?

Dissertação

2. Nome completo do autor: **MAYANA DE SOUZA FERREIRA**

Nome completo do(a) orientador(a): Dra. MAGDA VALERIA DA SILVA

3. Título do trabalho

Título: **POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE DA ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO (GO): análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023**

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento: ☒ SIM ☐ NÃO¹

[¹] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

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

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



Documento assinado eletronicamente por **MAGDA VALERIA DA SILVA, Orientador(a)**, em 03/12/2025, às 09:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayana de Souza Ferreira, Usuário Externo**, em 03/12/2025, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufcat.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0272379** e o código CRC **610D40D8**.

MAYANA DE SOUZA FERREIRA

POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE DA ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO (GO):
análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia (Mestrado Acadêmico), do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), como requisito para obtenção do título de Mestra em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Ordenamento do Território

Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Espaços Rural e Urbano

Orientadora: Prof^a. Dra. Magda Valéria da Silva

Catalão (GO)
2025

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

Ferreira, Mayana de Souza

Políticas públicas e o enfrentamento a pandemia da COVID-19 na
região de saúde da estrada de ferro e em Catalão (GO) [manuscrito] :
análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023 / Mayana de Souza
Ferreira. - 2025.

138 f.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Valéria da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Catalão, Instituto
de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Catalão,
2025.

1. Catalão (GO). 2. COVID-19. 3. Pandemia. 4. Políticas públicas.
I. Silva, Magda Valéria da, orient. II. Título.

CDU 911:32



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO
Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, número 1120, - Bairro Setor Universitário, Catalão/GO, CEP 75704-020
Telefone: - - <https://www.ufcat.edu.br>

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 231 da Sessão de Defesa Pública de Dissertação de **MAYANA DE SOUZA FERREIRA**, que confere o título de **MESTRA EM GEOGRAFIA**, do **Programa de Pós-Graduação em Geografia/UFCAT** na área de concentração em "**Geografia e Ordenamento do Território**".

Aos vinte e sete dias do mês de maio do ano de dois mil e vinte e cinco, a partir das 14h15min., no Laboratório de Cartografia do Instituto de Geografia/UFCAT, realizou-se a Sessão Pública de Defesa de Dissertação intitulada "POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 EM CATALÃO (GO): análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023". Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Dra. MAGDA VALERIA DA SILVA - IGEO/UFCAT, com a participação das demais membros da Banca Examinadora: Professor Dr. JOSÉ HENRIQUE RODRIGUES STACCIARINI - IGEO/UFCAT, membro titular interno e Professora Dra. MARIA JOSÉ RODRIGUES - IGEO/UFJ, membra titular externa, cuja participação foi por videoconferência. Na sequência, a Mestranda realizou sua apresentação oral, a Banca Examinadora, que realizou suas arguições, tendo o Mestrando respondido à contento segundo as especificidades. Durante a arguição os membros da Banca Examinadora fizeram sugestão de alteração do título do trabalho, passando o mesmo a ser: "**POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE DA ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO (GO): análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023**". A Banca Examinadora reuniu-se em Sessão Secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a Candidata APROVADA pelos seus membros. Proclamados os resultados aos presentes Professora Dra. Magda Valeria da Silva, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente Ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e sete dias do mês de maio do ano de dois mil e vinte e cinco, às 16h56min., devendo a Mestranda observar as recomendações explicitadas pela Banca Examinadora no Exame e cumprir os prazos e tramites formais do Programa e UFCAT para o depósito da Versão Final da Dissertação e os demais encaminhamentos formais devidos.



Documento assinado eletronicamente por **MAGDA VALERIA DA SILVA, Orientador(a)**, em 03/12/2025, às 09:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria José Rodrigues, Usuário Externo**, em 03/12/2025, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOSE HENRIQUE RODRIGUES STACCIARINI, Professor(a) do Magistério Superior**, em 05/12/2025, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufcat.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0272374** e o código CRC **3B716019**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus pela fé para seguir sempre que surgia algum obstáculo durante o período do mestrado e por ter me dado a chance de ingressá-lo em uma Universidade Pública.

Posteriormente, agradeço à minha mãe por sua força e batalha, conseguindo criar e educar duas filhas sozinha, mostrando que o respeito é a base fundamental para a vida. Minha mãe sempre acreditou e sonhou que teria as duas filhas formadas, algo simples e comum para uns e tão distante para outros, então, ter feito o mestrado e ter dado um passo adiante da graduação, é fruto de toda caminhada cheia de desafios. Ser a primeira pessoa da minha família a se formar em uma Universidade Federal e fazer um mestrado, é um presente para ela e para mim.

Em especial, deixo um registro de carinho aos meus cachorros Toddynho e Floquinho, companheiros de noites sem dormir, enquanto eu lia artigos e escrevia este trabalho. Deixo registrado aqui o carinho às pessoas que me apoiaram durante o mestrado.

Agradeço aos professores e professoras do Instituto de Geografia da UFCAT pelo conhecimento compartilhado durante as aulas, palestras e outros eventos do curso de Geografia.

Agradeço especialmente a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) por subsidiar a presente pesquisa ao longo dos dois anos de mestrado. Por fim, agradeço a Geografia, a Universidade Pública, aos meus amigos de Brasília, aos servidores da Universidade, aos meus professores da educação básica e a todas e todos que de alguma forma me ensinaram algo bom durante todo processo da vida.

RESUMO

A presente pesquisa aborda os resultados da pesquisa intitulada “POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE DA ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO (GO): análise comparativa entre os anos de 2019 à 2023”. estudo se justifica por considerar a análise dos dados geográficos sobre as políticas públicas de saúde criadas antes e durante o período pandêmico da COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro, no estado de Goiás, tendo o município de Catalão como principal objeto de estudo. O objetivo principal desse trabalho visa a compreensão de como o Estado enfrentou a pandemia e ainda, se os investimentos em equipamentos, infraestruturas e capacitação profissional realizados se matém nas unidades de saúde amparadas durante a pandemia. Os objetivos específicos propôs entender numa perspectiva geográfica o conceito de políticas públicas e políticas públicas de saúde no Brasil, e analisar o contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil, assim como as ações (des)unificadas nos territórios de saúde durante a pandemia da COVID-19 e os investimentos públicos de 2019 à 2023 no enfrentamento à pandemia da COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro e em Catalão. Em termos metodológicos, priorizou uma abordagem qualitativa, apresentando a pesquisa bibliográfica. Entre os resultados, alcançados, aponta que: a falta de políticas públicas efetivas impacta diretamente nas diferenças estruturais, assim como na efetividade do combate à pandemia e crise sanitária, principalmente em termos de construção de novas unidades de saúde, aquisição de insumos e contratação de profissionais, embora os valores em recursos públicos que foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Fundo Nacional da Saúde para o enfrentamento da pandemia em relação comparativa com os anos anteriores a pandemia (2019 à 2023) tenham sido maiores, torna-se importante a continuidade das ações preventivas e de estruturação do sistema de saúde, reforçando a importância de políticas públicas que garantam a qualidade na saúde diante de futuras emergências.

Palavras-chave: Catalão, COVID-19, Pandemia e Políticas públicas.

ABSTRACT

This research presents the final results of the study titled “Public Health Policies and Addressing the COVID-19 Pandemic in Catalão (GO): A Comparative Analysis Between 2019 and 2022.” The study is justified by considering the analysis of geographic data on public health policies established before and during the COVID-19 pandemic in the Estrada de Ferro Health Region, in the state of Goiás, with the municipality of Catalão as the main object of study. The primary objective of this work is to understand how the State responded to the pandemic and whether the investments in equipment, infrastructure and professional training made during the pandemic have been maintained in the healthcare units assisted at that time. The specific objectives propose to understand, from a geographical perspective, the concept of public policies and public health policies in Brazil, as well as the decentralization, structuring, and regionalization of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), to analyze public health policies during the COVID-19 pandemic in Brazil, and to examine the context of the pandemic in Brazil, including the (dis)unified actions in health territories and public investments from 2019 in tackling COVID-19 in the Estrada de Ferro Health Region and Catalão (GO). Methodologically, the study prioritized a qualitative approach, featuring bibliographic research. The results indicate that the lack of effective public direct impacts structural disparities and the effectiveness of pandemic response and health crisis management. This is particularly evident in the construction or renovation of health units, the acquisition of supplies, and the hiring of professionals. Although public resources allocated by the Ministry of Health and the Unified Health System to combat the pandemic were higher compared to some previous years (2019-2022), the study the importance of continuing preventive actions and restructuring the healthcare system. This reinforces the need for public policies that ensure healthcare quality in the face of future emergencies.

Keywords: Catalão, COVID-19, Pandemic, Public Policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de leitos de enfermaria implantados, vagos, ocupados e bloqueados no Estado de Goiás em agosto de 2022.	72
Tabela 2- Hospitais de Catalão/Goiás: número de leitos de UTI (03/10/2023)	72
Tabela 3- Hospitais de Catalão/Goiás: número de leitos de UTI em (07/04/2025)	73
Tabela 4- Valores de custeio e investimentos para a saúde em Goiás em 2019 a 2021	88
Tabela 5- Valores de custeio e investimentos para a saúde dos municípios de Goiás em 2022 a 2024	89
Tabela 6- Quantidade de casos confirmados nos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (02 de abril de 2025)	98
Tabela 7- Investimentos totais em saúde dos demais 17 municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (exceto do município de Catalão) de 2019 a 2024	103
Tabela 8- Reforços de verbas voltados ao combate ao COVID-19 enviados pelo Ministério da Saúde em 2021 para os municípios da Região de Saúde Estrada.....	119
Tabela 9- Despesas na rubrica de combate e enfrentamento a COVID-19 em Catalão (GO) - 2019 a 2022	121
Tabela 10- Investimentos totais em saúde do município de Catalão de 2019 a 2024	123

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar

CONSU - Conselho da Saúde Suplementar

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

HCAMP - Hospital de Campanha

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Impostos sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços

IMB - Instituto Mauro Borges de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Panssexuais/Polissexuais, Não Binárias e Mais

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIB - Produto Interno Bruto

REANP - Regime Especial de Atividades não Presenciais

PNSS - Política Nacional de Saúde Suplementar

PRI - Planejamento Regional Integrado

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SES - GO - Secretária de Saúde do Estado de Goiás

SIG - Sistema de Informações Geográficas

SIVEP - Gripe - Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

SINDSAUDE/GO - Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Goiás

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	15
2.1 Conceito de Políticas Públicas.....	17
2.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Descentralização e Estruturação.....	26
2.3 Estruturação e Organização do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	41
2.3.1 Regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	50
3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL	62
3.1 Contexto da Pandemia da COVID-19	64
3.2 COVID-19: ações (des)unificadas nos territórios de saúde	67
3.3 Investimentos na saúde pública no estado de Goiás de 2019 à 2024.....	85
4 SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO DE SAÚDE ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO/GO DURANTE A PANDEMIA COVID-19.....	91
4.1 Enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro: investimentos públicos.....	92
4.2 Investimentos públicos no enfrentamento à COVID-19 no município de Catalão/Goiás.....	120
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	131

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa propõe uma análise geográfica das políticas públicas de saúde na Região de Saúde Estrada de Ferro e em Catalão (GO), considerando o antes e o durante a pandemia da COVID-19, se houve falta ou não de recursos ou investimentos na estrutura hospitalar. A pandemia do Coronavírus foi declarada em 13 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, desde então, o mundo viveu um estado de emergência em saúde, cujas nações passaram a adotar medidas para conter ou mesmo reduzir a dispersão espacial mundial do vírus Sars-Cov-2 (conhecido como novo Coronavírus). O resultado da pandemia foi catastrófico no mundo inteiro, e Catalão, município localizado no Sudeste do Estado de Goiás, não escapou dos males da pandemia.

A dispersão espacial do vírus SARS-CoV-2 em Catalão, assim como em todo mundo gerou uma situação de emergência pública nesse tempo de pandemia, de difícil entendimento e incompreensão em relação aos potenciais males causados.

Houve forte pontencialidade de contaminação, letalidade do vírus e falta de estrutura pública de saúde e de ações para tratamento da doença e para os crescentes casos graves de COVID-19, que levou o Estado de Goiás a tomar medidas drásticas em relação à mobilidade das pessoas, aglomerações e comportamentos sociais, com severos impactos na economia goiana, em Catalão (GO).

Justifica-se, que essa proposta de pesquisa almeja analisar geograficamente as políticas públicas de saúde criadas antes e durante o período pandêmico da COVID-19, do ponto de vista teórico (uma nova abordagem da geografia da saúde) e inclusive pessoal acadêmico, por motivo de dar continuidade à pesquisa de Iniciação Científica e Trabalho de Conclusão de curso, além da afinidade da pesquisadora com o tema, afim de deixar contribuições que a pesquisa presente pode dar à sociedade no sentido de solucionar um determinado problema social, ou fornecer dados que possam auxiliar em pesquisas futuras.

Uma das maiores preocupações foram as incertezas quanto a falta de leitos de internações clínicas e de Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), falta de oxigênio e escassez de medicamentos para intubação em algumas regiões do país e até municípios goianos, a negligência e atrasos do governo federal em comprar vacinas, descrédito de parte da população na ciência, milhares de *Fake News* pelas redes sociais e subestimação da gravidade da pandemia por parte da população, levou a milhares de contaminados em Catalão.

Diante desse contexto, apontamos a hipótese para esta proposta de pesquisa, e

conjecturamos se houve falta de dinheiro ou se este foi tão mal usado a ponto de não evitar mortes que ocorreram, principalmente, em 2020 e 2021.

Nessa perspectiva, os problemas desta pesquisa são:

1- Qual o papel do Estado brasileiro e das políticas públicas de saúde do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde contribuíram no enfrentamento da pandemia da COVID-19 em Catalão?

2- Quais valores em recursos públicos foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia em relação comparativa com os anos anteriores a pandemia (2019 a 2022);

3- Quais valores em investimentos públicos foram realizados em cada unidade hospitalar, e como e em que estes foram usados durante a pandemia?

4- Dos investimentos públicos recebidos durante a pandemia o que se mantém em termos de infraestruturas, equipamentos, qualificação e capacitação no atendimento médico-hospitalar nas unidades pesquisadas voltados ao atendimento público em saúde?

Diante da hipótese e dos problemas elencados, este estudo teve como objetivo geral buscar compreender as mudanças nas dinâmicas socioeconômicas em uma perspectiva geográfica, avaliando se os investimentos de 2019 à 2023 foram suficientes para combater a pandemia e se as melhorias alcançadas permanecem no sistema de saúde local. A partir do objetivo geral, buscou apontar como o Estado enfrentou a pandemia e ainda, se os investimentos em equipamentos, infraestrutura e capacitação profissional realizados se mantêm nas unidades de saúde assistidas durante a pandemia (por isso, o texto traz alguns dados sobre os anos de 2023, 2024 e 2025).

Os objetivos específicos propõem entender numa perspectiva geográfica o conceito de Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde no Brasil, descentralização, estruturação regionalização do Sistema Único de Saúde; Compreender as políticas públicas de saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, e analisar o contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil, assim como as ações (des)unificadas nos territórios de saúde durante a Pandemia da COVID-19 e os Investimentos públicos 2019 à 2023 no enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro e em Catalão (GO).

Observa-se a extrema importância em trazer dados que evidenciam os impactos da pandemia na reorganização do atendimento em saúde pública, assim como nos direcionamentos de investimentos públicos para enfrentá-la. Tais questões podem ser abordadas por meio de pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica, incidirá na consulta teórico-conceitual no âmbito da Ciência Geográfica sobre os conceitos de regionalização da saúde. Os

autores que auxiliarão essa pesquisa são: Alencar et al. (2020), Baptista et al. (2010), Barbosa (2020), Corrêa (1989, 2011), Harvey (2020), Antunes (2021), Nogueira e Remoaldo (2010), Ribeiro (2004), Rolnik (1997), Guimarães (2015).

A pesquisa documental adota viés comparativo, mediante a análise de dados/informações do ano anterior a pandemia (2019) e os anos durante a vigência desta (2020, 2021 e 2022). Os aspectos a serem comparados são o uso de serviços hospitalares públicos e a criação de estrutura hospitalar para atendimento à COVID-19 regionalizada pelo Ministério da Saúde (MS) e Sistema Único de Saúde (SUS), recursos públicos disponibilizados para o enfrentamento da pandemia, quantidade de contaminados, de óbitos e de imunizados em Catalão. Dada a natureza da investigação, ser apenas documental, com acesso dados públicos e publicados (sem necessidade de solicitação as instituições públicas), esta pesquisa não foi apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme normatiza a Resolução CNS n. 510/2026, art. 1º, Parágrafo Único, incisos III e V.

O município de Catalão está integrado à Região de Saúde Estrada de Ferro. As regiões de saúde foram criadas pelo SUS com o objetivo de melhorar e descentralizar as relações e ações administrativas do Estado para a saúde pública e assim atender o que determina a Constituição Federal e a lei de criação do SUS (Lei federal nº 8.080/1990).

Após algumas reflexões que permeiam a temática da pesquisa, pode-se notar que em Catalão, houve um número relativamente alto de pessoas contaminadas pelo vírus SARS-CoV-2 no período de 2020 a 2022, cujas medidas restritivas foram sentidas e mudaram as dinâmicas sociais e econômicas em curso até 2022 no município. A partir disso, é importante que se tenha dados sobre os casos positivados e número de óbitos confirmados, esses podem ser analisados nos indicadores de monitoramento da COVID-19 do site da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Os números de casos positivos e óbitos redundaram por consequência uma pandemia, que se tornou um grande desafio mundial, os quais devem ser alvo de reflexão no âmbito social e econômico. Desta forma, este estudo busca também apresentar levantamentos da estrutura hospitalar disponível para o atendimento aos contaminados pelo SARS-CoV-2 e de valores disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Sistema Único de Saúde (SUS), Secretarias Estadual e Municipal de Saúde no combate à pandemia em Catalão.

O presente texto traz a estrutura da Dissertação, a qual consta a proposta de 4 seções, sendo: introdução, desenvolvimento (com 3 sessões), considerações finais, referências e anexos.

A primeira seção aborda as políticas públicas de saúde no Brasil, considerando aspectos

conceituais, as políticas públicas de saúde, estruturação e organização do Sistema Único de Saúde no Brasil e a descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. A segunda seção discute as políticas públicas de saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, abordando o contexto da Pandemia da COVID-19 e a desunificação das ações nos territórios de saúde. A terceira seção tem como objeto de análise a saúde pública em Goiás e em Catalão durante a pandemia COVID-19. A quarta seção tem como objetivo trazer as políticas públicas de saúde materializadas por meio de investimentos no período pandêmico nos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro, com foco no município de Catalão.

Diante disso, os resultados esperados almejam fornecer uma análise crítica e aprofundada sobre as políticas públicas de saúde aplicadas em Catalão durante a pandemia da COVID-19, com ênfase na distribuição e uso de recursos públicos, além da implementação das infraestruturas de saúde. O estudo busca compreender as mudanças nas dinâmicas socioeconômicas em uma perspectiva geográfica, avaliando se os investimentos de 2019 à 2023 foram suficientes para combater a pandemia e se as melhorias alcançadas permanecem no sistema de saúde local.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL



Fonte: Fabio Barros, 2025.

Com base nas políticas públicas de saúde criadas no Brasil, esta seção traz a análise teórica do conceito de Políticas Públicas. Autores como Corrêa (2003), Harvey (2010), Lindo (2011), Rolnik (1997) e Souza (2006), contribuirão para o capítulo, com a análise teórico-conceitual sobre este conceito, e sobre o papel do Estado no processo de criação e evolução do sistema de saúde pública brasileira, que fundamentará a análise dos dados e informações tratadas nesta seção.

Souza (2006), traz as definições de políticas públicas e como essas focam na atuação do governo como palco de confrontos de interesses, ideias e preferências. Estas definições, possuem uma visão ampla, considerando o todo, como mais importante que a soma das partes e reconhece a relevância da população, instituições, ideologias e interesses, apesar das divergências sobre a importância de cada um desses fatores. Para Souza (2006), existem elementos-chave nas políticas públicas, incluindo a distinção entre intenções e ações governamentais, envolvimento de múltiplos atores e níveis de decisão e ação deliberada com objetivos específicos e foco tanto a curto quanto a longo prazo.

Além disso, o capítulo tratará da definição das políticas como instrumentos pelos quais o Estado deve abordar as questões sociais e desigualdades geradas pelo modo de produção capitalista. Essas políticas, interpretadas dentro dos contextos político, social, cultural e econômico, devem ser moldadas pelos interesses de grupos e classes sociais específicos. Para garantir os direitos aos cidadãos, o Estado deve atuar em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, utilizando assim, as políticas públicas como estratégias para distribuição de riquezas e inclusão social (Lindo, 2011).

Deste modo, são apresentados os aspectos conceituais, tendo a finalidade de entender as políticas públicas e a participação popular na sua construção, bem como seu processo de elaboração, especificamente, a respeito das políticas de saúde. Além disso, ressaltou-se a dimensão e abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde serviços básicos na Atenção Primária até procedimentos avançados como transplantes de órgãos, por meio de uma gestão colaborativa e participativa entre os níveis federal, estadual e municipal do Estado brasileiro.

Ribeiro e Guimarães (2007), discutem a questão da participação popular, permitindo uma gestão mais democrática, ressaltando que embora haja os orçamentos participativos que permitem a contribuição dos cidadãos na definição de prioridades e uso de recursos, na prática, a participação é limitada, com poucos recursos disponíveis para a decisão popular.

Desse modo, Arjona (2017), traz a discussão a respeito das deficiências na execução de

políticas de proteção e prevenção na saúde nas áreas periféricas das cidades e em locais distantes dos centros urbanos. As definições de Carmo e Guizardi (2018), abordam a evolução do conceito de vulnerabilidade no campo das políticas públicas de saúde e de assistência social, bem como de Corrêa (2003), acerca das disparidades nas demandas por serviços públicos, entre outros.

Nesse sentido, esta seção abordará sobre o conceito de políticas públicas, o que são, para quê são desenvolvidas e qual finalidade elas tem. Aborda-se suas fases de criação desde a necessidade para atender as diferenças das demandas que estão relacionadas à divisão das camadas do território à importância da participação popular em sua implementação, permitindo uma gestão mais democrática.

2.1 Conceito de Políticas Públicas

Para Souza (2006), as definições de políticas públicas direcionam a atenção da população para o local onde ocorrem os confrontos de interesses, preferências e ideias, isto é, para os governos. Embora adotem abordagens distintas, as definições de políticas públicas, apresentam uma visão abrangente considerando que o todo tem mais importância que a simples soma das partes. Nesta perspectiva, reconhece a importância da população, instituições, ideologia e interesses, ainda que haja divergências sobre a relevância destes fatores.

A autora supracitada ressalta que embora existam diversas definições e modelos de políticas públicas, pode-se identificar alguns elementos principais, sendo eles: a política pública que permite diferenciar entre as intenções do governo e suas ações reais; a política pública que envolve múltiplos atores e níveis de decisão, a política pública implementada pelos governos, mas que não se limita aos participantes formais, pois os informais também desempenham um papel significativo; a política pública é abrangente indo além das leis e regulamentos; a política pública é uma ação deliberada com objetivos específicos a serem alcançados; a política pública, embora tenha efeitos a curto prazo, é uma política com foco a longo prazo; a política pública envolve processos subsequentes após sua formulação e decisão, incluindo implementação, execução e avaliação (Souza, 2006).

Lindo (2011), conceitua as políticas públicas como um instrumento, no qual o Estado age sobre questões sociais ligadas às desigualdades geradas pelo sistema de produção capitalista e por suas relações sociais. Esta responsabilidade estatal precisa ser interpretada nos contextos político, social, cultural e econômico, sendo realizada de acordo com os interesses de grupos e classes sociais específicas que moldam a lógica do Estado, sendo assim

Para conseguir resultados e garantir os direitos dos cidadãos, o Estado precisa desenvolver ações e atuar em diferentes áreas, tais como educação, saúde, meio ambiente, planejamento urbano, entre outros. Os benefícios desse processo para o alcance dos direitos sociais serão tanto maiores quanto mais possibilidades houver de proporcionar a satisfação básica de alimentação, saúde, educação, moradia, saneamento básico, lazer etc. aos cidadãos. Daí a importância das políticas públicas como estratégias de distribuição/resdistribuição de riquezas e de inclusão social (Lindo, 2011, p. 61)

Ou seja, as políticas públicas possibilitam uma visão crítica e necessária sobre o papel do Estado na redução das desigualdades causadas pelo sistema capitalista. Ao definir as políticas públicas como instrumentos de intervenção estatal, é importante considerar os contextos políticos, sociais, culturais e econômicos para implementar as políticas conforme atendam os interesses e necessidades de grupos e classes sociais específicas, além de garantir os direitos de ambos.

Dado ao tema proposto para analisar nesta Dissertação, é essencial a compreensão do conceito de políticas públicas, e quais os seus objetivos e sua importância perante à população, assim como os impactos das mesmas para as pessoas, as suas influências nos serviços públicos essenciais/básicos, e se elas oferecem qualidade de vida e direitos fundamentais à população. A compreensão das políticas públicas, torna-se importante uma vez que, as mesmas promovam a transparência dos processos de formulação e implementação de políticas, assim, fazendo com que a supervisão sobre o desempenho do governo, ajude a identificar falhas nas políticas existentes e futuras ações.

O conceito de políticas públicas teve relação inicial com a Ciência Política na primeira metade do século XX, nos Estados Unidos, com intuito de trazer a compreensão das razões nas quais estão ligadas as ações governamentais. Nesta perspectiva, Lasswell (1956), estabeleceu o contato inicial do termo com o meio científico (Agum, 2015).

Rolnik (1997), enfatiza a importância da formulação e implementação das políticas públicas urbanas de forma integrada e participativa, leva em consideração, as demandas e necessidades das comunidades locais. Desta forma, a autora destaca a necessidade de políticas públicas que promovam a justiça social, combatam a segregação espacial e garantam o direito à cidade aos seus habitantes.

Segundo Ribeiro e Guimarães (2007), a questão da participação popular na formulação e implementação de políticas públicas, com foco específico nos orçamentos participativos, permitem que os cidadãos contribuam no processo de definição das prioridades e utilização dos

recursos públicos, mesmo que na prática, essa participação seja limitada.

Para os autores supracitados, mesmo quando a população é envolvida no processo de orçamento participativo, o montante de recursos disponibilizados para a decisão popular, tende a ser pequeno em comparação com o orçamento total do município. Além disto, o autor sugere que as prioridades estabelecidas pelos cidadãos podem não ser totalmente consideradas, pois parte do orçamento já está destinada à despesas fixas, como pagamento pessoal e de manutenção.

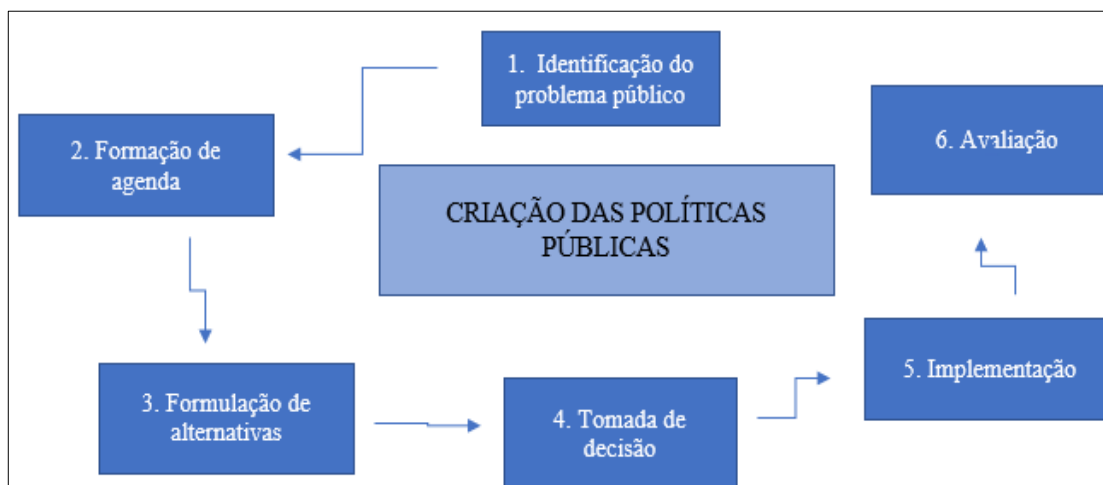
Esse apontamento dos autores citados, sugere a retórica da participação da população e evidencia a realidade da tomada de decisões políticas, onde a participação popular pode ser limitada e não resultar em mudanças significativas para as comunidades locais por viés das políticas públicas, pois:

No caso dos orçamentos participativos, embora sejam mecanismos criados para que os cidadãos possam participar do processo de definição de prioridades e aproveitamento dos recursos públicos, o que se verifica é apenas o empenho residual de pequenas verbas públicas, sem mudanças de prioridades no conjunto dos gastos públicos. Isso se dá sob a alegação de que o restante já está comprometido com manutenção e pagamento de pessoal. Não chega a se concretizar a participação cidadã na formulação e implementação de políticas públicas no município (Ribeiro e Guimarães, 2007, p. 38)

Logo, a participação popular na construção das políticas públicas se torna relevante, pois as decisões públicas estão ligadas aos mecanismos participativos pelo Estado, que devem ser acessíveis à sociedade. Estes mecanismos, sejam formais ou informais, são essenciais para possibilitar uma gestão que se desenvolva horizontalmente. Assim, torna-se necessária a participação da população, pois amplia democraticamente as alternativas e soluções políticas que atendam as suas necessidades (Albuquerque et al., 2022).

Com base na participação popular para formular as políticas públicas que atendam a necessidade da população, torna-se importante apresentar o processo de criação das mesmas como mostra a figura 1:

Figura 1 - Fluxograma do processo de criação de políticas públicas



Fonte: Adaptado de Prado (2021)

Conforme apresentado na figura 1, o processo de elaboração de políticas públicas inicia a partir das necessidades populares ou dos problemas públicos, que são então discutidas nos conselhos municipais e estaduais, após, essas propostas são debatidas em reuniões colegiadas, como nas conferências, nas quais acontece a formação de uma agenda os problemas que requer intervenção pública. Posteriormente, será a formulação de alternativas, onde são apresentadas e debatidas as propostas para solucionar os problemas, mediante a criação de uma ação estatal, como criação de legislação ou programas para tal. A implementação é a fase em que as políticas escolhidas são colocadas em prática, depois da avaliação verifica-se a eficiência das políticas implementadas, com ajustes e melhorias para o processo.

Deste modo, a existência das políticas públicas, ocorre, uma vez que exista a presença do Estado, não significando que o mesmo reconheça e atenda as demandas da população de forma heterogênea, com isso, o acesso e o direito à saúde se torna desigual, deixa-se de atender as demandas e a vulnerabilidade populacional. Diante disso, Arjona (2017), define que

[...] Em áreas periféricas das cidades e em locais distantes dos centros urbanos, o Estado tem deficiências na execução de políticas de proteção e prevenção na saúde, e o setor privado (planos de saúde e empresas de serviços ligados à saúde) não atende setores da população que não tem renda para pagar por esses serviços (Arjona, 2017, p. 4)

Diante disto, Carmo e Guizardi (2018) afirmam que as políticas públicas de saúde e de assistência social, revelam a evolução do conceito de vulnerabilidade, destacando a diversidade de fatores que o influencia. Ao considerar integralmente os sujeitos em situação de vulnerabilidade, reconhecemos suas múltiplas demandas e necessidades, assim como a

exposição a riscos devido às desigualdades sociais.

Neste contexto, a busca pela justiça e equidade na distribuição de recursos, emerge como um objetivo fundamental para superar as estruturas capitalistas e promover uma sociedade mais igualitária, livre de discriminação e subordinação (Carmo; Guizardi, 2018).

Referente à isto, torna-se evidente que as relações entre as políticas públicas, a legislação urbana e os processo de transformação do espaço urbano, explorem diferentes interesses políticos, econômicos e sociais, influenciando nas decisões e nos resultados das políticas implementadas. A existência das políticas públicas, ocorre, uma vez que exista a presença do Estado, mesmo que não atenda as demandas de toda população por meio de estratégia de poder, ou privilégios desiguais, não levando melhores condições de vida para todos.

Ribeiro e Guimarães (2007) apontam que a influência da política de saúde na configuração territorial das cidades, não se limita apenas à disposição física de materiais de saúde, como também influencia na produção do espaço urbano, devido a relação saúde e urbanismo, reconhecendo que as políticas de saúde tem efeitos além da estrutura física e

[...] Não se trata só de uma rede de equipamentos conectados aos fluxos do espaço urbano, mas de um conjunto de atores sociais que a frequentam buscando um objetivo ou cumprindo uma tarefa bem localizada territorialmente. Cada um desses atores (corpo técnico dos hospitais e unidades básicas de saúde, usuários dos serviços, lideranças das associações de moradores, entre outros) ocupa uma posição relativa numa rede de múltiplas relações de controle, de vizinhança, de distanciamento e de aproximação, que cria e recria lugares de poder, nos termos estudados por Raffestin (1993) (Raffestin, 1993 *apud* Ribeiro; Guimarães, 2007).

Para Ribeiro e Guimarães (2007) essas relações de poder criam e recriam “lugares de poder”, conforme estudados por Raffestin (1993), significando que as políticas públicas de saúde, não só refletem nas relações de poder existentes na cidade, como também contribui para a sua reprodução e transformação ao longo do tempo. Isto destaca a necessidade de uma análise crítica das políticas de saúde urbana, considerando não apenas os aspectos técnicos, como as dimensões sociais, políticas e simbólicas envolvidas.

Sendo assim, no ponto de vista geográfico, as políticas públicas estão ligadas ao espaço, à condição social do indivíduo, ao meio e ao produto. As diferenças das demandas estão relacionadas à divisão em camadas do território, tendo uma parcela exclusiva dos serviços básicos, e a outra, que passa a se beneficiar desses serviços, a parcela que se institui por diferentes aspectos políticos, econômicos, sociais e territoriais, isso porque o território torna-se agregado de fatores econômicos (Corrêa, 2003).

Para este autor, a análise geográfica das políticas públicas, traz uma condição específica entre o espaço, a condição social e os resultados produzidos pelas ações governamentais. De acordo com Corrêa (2003), as disparidades nas demandas por serviços públicos, estão ligadas à divisão espacial do território, resultando em uma segmentação que perpetua a exclusão de certas comunidades dos benefícios proporcionados pelo Estado.

Ribeiro e Guimarães (2007) apontam que apesar dos orçamentos participativos serem criados como mecanismos para envolver a população na definição de prioridades e no uso dos recursos públicos, então, na prática, esses processos, resultam em um descompromisso, causando a participação superficial da população na alteração das prioridades de gastos do governo, pois:

No caso dos orçamentos participativos, embora sejam mecanismos criados para que os cidadãos possam participar do processo de definição de prioridades e aproveitamento dos recursos públicos, o que se verifica é apenas o empenho residual de pequenas verbas públicas, sem mudanças de prioridades no conjunto dos gastos públicos. Isso se dá sob a alegação de que o restante já está com prometido com manutenção e pagamento de pessoal. Não chega a se concretizar a participação cidadã na formulação e implementação de políticas públicas no município (Ribeiro & Guimarães, 2007, p. 38)

Em relação a tais benefícios, fica a reflexão de quem são os beneficiados pelo Estado, e se as políticas públicas suprem as necessidades de quem precisa. Para tais questionamentos, leva-se em conta que territórios, como o de Catalão (GO), são moldados através de confrontos com o sistema dominante e carregam significados compartilhados por pessoas unidas por suas histórias de vida, heranças culturais, rotinas diárias e espaços compartilhados de convivência. Dessa forma, ao observarmos o cenário urbano, com sua estrutura fragmentada, a formação social dos territórios emerge da apropriação coletiva do espaço.

Compreende-se que as diferentes políticas, impactam as dinâmicas regionais e territoriais, moldando o desenvolvimento socioeconômico. Entre os tipos de políticas públicas, existem as políticas de desenvolvimento regional, que visam reduzir as disparidades econômicas e sociais entre diferentes áreas geográficas. Um exemplo, são as políticas de incentivo fiscal para a instalação de indústrias em regiões menos desenvolvidas, visando estimular o crescimento econômico local e reduzir desigualdades regionais (Castro, 1997).

Conforme Castro (1997), as políticas de ordenamento territorial, buscam regular o uso do espaço e garantir uma ocupação adequada e sustentável do território. Neste sentido, uma política de ordenamento territorial da saúde, é a criação de unidades de saúde em locais

estratégicos na área urbana de uma dada cidade, levando em consideração a densidade populacional, a distribuição geográfica e as características epidemiológicas da região. Isso inclui a construção de unidades básicas de saúde em áreas periféricas ou de difícil acesso, bem como a instalação de hospitais regionais ou especializados em locais estratégicos para atender às demandas da população local.

Com isso, pode-se notar que durante a pandemia da COVID-19, as políticas de ordenamento territorial, tem impacto direto na organização do espaço geográfico, influenciando as atividades econômicas e a qualidade de vida da população local. Por exemplo, a distribuição de unidades de saúde e a criação de RAS podem determinar a capacidade de resposta do sistema de saúde à crises, como a da pandemia da COVID-19.

Analisando esses fatores, pode-se notar se as políticas públicas tem sido impactadas pela priorização do lucro e sobre o bem-estar da coletividade ou não, e se há priorização dos cortes de impostos e subsídios para empresas, assim evidenciando se os indivíduos estão perdendo os serviços essenciais, como a saúde pública. Relacionado a isso:

Nas cidades latino-americanas, a fragmentação do tecido urbano entre áreas ricas e pobres, entre as infraestruturas concentradas e as áreas abandonadas pelos serviços públicos e pelos interesses privados é muito mais visível na paisagem. A especulação de mercado do solo urbano e os serviços públicos deficitários estão associados a formações socioespaciais (Santos, 1996) originadas na concentração de terras e não nos interesses sociais de uma política distributiva equitativa. As premissas das políticas de produção do espaço urbano são, em grande medida, corretivas e submissas às regras do mercado (Santos, 1996 *apud* Paes, 2017, p. 178).

Para Carlos (2020), este processo não apenas reflete na intervenção do Estado, instituições e capital, como na influência dos atores sociais que, impulsionados por suas necessidades relacionadas à busca pela realização da vida humana, configuram o espaço como um elemento essencial, meio e resultado de suas ações, desta forma

O movimento da reprodução da sociedade realizando-se por meio do espaço urbano, produz a cidade como negócio, num movimento que se orienta pela realização do valor de troca como momento de valorização do capital, o que torna o espaço produtivo – isto é, o espaço como condição da reprodução econômica sob a hegemonia do capital financeiro, assume a função produtiva. Nesse processo, as políticas públicas ganham relevância, daí a aliança entre a esfera política e econômica na elaboração de políticas públicas que orientam a ocupação do espaço, a construção da infraestrutura, a distribuição do orçamento visando à realização do processo de valorização em que o solo urbano ganha centralidade. Por sua vez, só o poder público pode desapropriar, regular o mercado, criar e gerir as normas de edificação e zoneamento, bem como ações de remoção da população de áreas nobres ou tornadas nobres com a extensão do tecido urbano, de modo a garantir incentivos para que os capitais

se reproduzam sem sobressaltos (Carlos, 2020, p. 420).

Luchese (2002) destaca que em sociedades mais heterogêneas, por exemplo, pode haver uma maior complexidade na identificação e atendimento das necessidades públicas, enquanto em regimes políticos autoritários, a participação da sociedade civil, pode ser limitada, levando a decisões mais centralizadas e menos inclusivas na dinâmica das políticas públicas nas quais são profundamente influenciadas pelo contexto socioeconômico e político em que estão inseridas.

A diversidade da economia e da sociedade, juntamente com a natureza do regime político, insere-se nos processos de formulação e implementação das políticas, como as de saúde. Desta forma, a autora citada ressalta que

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional (Luchese, 2002, p. 3).

Apesar das orientações, notamos que desde a criação do SUS, o atendimento público em saúde não atinge a população brasileira de forma homogênea e em suas múltiplas necessidades, ou seja, ainda falta políticas públicas para o setor da saúde. Todavia, essa falta agrava o contexto desigual e Gonçalves et al. (2021), aponta os efeitos negativos da disputa pelo espaço urbano, resultando em estratificações socioespaciais e condições precárias de vida para as comunidades desfavorecidas. Partindo do ponto de vista geográfico, as causas estruturais dessa competição pelo espaço urbano, podem ser o desenvolvimento urbano desigual, a especulação imobiliária, a falta de políticas habitacionais adequadas e as desigualdades econômicas.

Neste caso apontado por Gonçalves et al. (2021), as políticas públicas podem ajudar a amenizar a desigualdade, pois poderia conter a especulação imobiliária e implementar programas de habitacionais para atender as necessidades das comunidades desfavorecidas, assim como levar saneamento básico e infraestrutura, evitando assim uma sobrecarga sobre o SUS, mediante ao adoecimento da população, devido as condições de vida precárias de vida por parte da população com baixo poder aquisitivo. Por outro lado, a falta de políticas públicas pode agravar as condições precárias, intensificando a falta de serviços básicos e a vulnerabilidade da população, principalmente a econômica.

A inclusão dos propósitos do ordenamento do território com os da saúde como um

requisito fundamental para o planejamento urbano e a promoção da saúde pública. Gonçalves et al. (2021), menciona os desafios contemporâneos e sua relação com o planejamento urbano diante das alterações climáticas, migrações, envelhecimento populacional e pandemias e a importância do planejamento urbano para a saúde (Gonçalves et al., 2021, p. 2.412).

Integrar os propósitos do ordenamento do território com os da saúde continua a ser um requisito central do qual não se pode apartar nenhum dos intervenientes nestas políticas públicas. Os desafios civilizacionais contemporâneos (alterações climáticas, migrações, envelhecimento, crises de variada natureza, pandemias...) inflamam esta centralidade e agudizam a sua missão de contribuir para criar ambientes urbanos preventivos e terapêuticos. A Pandemia de Covid 19 sublinhou todas as extensões em que o planeamento urbano (ou a ausência dele) se manifestam como determinante da saúde. Percebe-se a importância das condições de vida da população idosa (e do padrão da sua distribuição), do desenho dos espaços públicos, dos corredores verdes, da circulação de ar e da exposição solar, da distribuição das densidades, da qualidade da habitação, das redes de comunicações eletrónicas, das infraestruturas e equipamentos de abastecimento, de educação e de saúde, da herança perene das desigualdades e de substanciais áreas urbanas marginalizadas e insalubres (Gonçalves, 2020, p. 2.412).

Portanto, alguns dos determinantes sociais da saúde, na configuração urbana, são: a distribuição demográfica, o desenho dos espaços públicos, a qualidade da habitação e as disparidades socioeconômicas. Diante dos apontamentos de Gonçalves et al. (2020), os determinantes sociais da saúde no ordenamento do território, evidenciam essas disparidades territoriais no acesso à saúde. e a importância do governo e das políticas para apoiar decisões neste contexto social, como apresentado na seção seguinte.

Sobre os determinantes sociais, Guimarães (2016) aponta que a saúde, enquanto direito universal, surge como uma noção ampla e abstrata, mas também se concretiza através da relação com elementos espaciais específicos, como a distribuição geográfica dos serviços e equipamentos de saúde, bem como a implementação de programas de monitoramento e controle de doenças. Isso vai ganhando forma e materialidade à medida que se manifesta em diferentes configurações e escalas espaciais, como regiões, territórios e lugares. Desta forma, a ideia de saúde se traduz em realidades que variam conforme o contexto social e espacial, na qual se inserem. A importância do governo e das políticas para apoiar decisões neste contexto social, se torna essencial como apresentado na seção seguinte.

2.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Descentralização e Estruturação

As políticas públicas de saúde desempenham um papel importante para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, na prevenção de doenças e na promoção do bem-estar da população, como diz Barbosa (2024).

Em relação a isto, Barbosa (2024) ressalta que a vacinação em massa, a promoção da higiene, o saneamento público e a prevenção primária na saúde pública são medidas importantes para reduzir a incidência de doenças infecciosas, como é o caso da COVID-19. O autor reconhece que mesmo com avanços importantes, a saúde enfrenta desafios significativos, e que para lidar com problemas complexos como epidemias e pandemias, não existem soluções simples ou únicas.

Segundo Júnior e Júnior (2006), entre os anos de 1897 e 1930, os assuntos relacionados à saúde, incluindo as responsabilidades públicas, que no Brasil, nesse período, eram gerenciados pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, particularmente, pela Diretoria Geral de Saúde Pública. Até a década de 1930, os serviços de saúde fornecidos pelo Estado, eram focados em medidas de saneamento e controle de doenças endêmicas, ligadas as premissas do higienismo.

Durante a década de 1910, o higienismo que se deu no Brasil por base de análise dos médicos higienistas ao expôr as condições precárias na saúde, assim como o saneamento no país, redirecionando a responsabilidade dos problemas sociais e de saúde para as elites políticas. Esse movimento de absolvição do povo brasileiro, descrito como improdutivo devido abandono, promoveu a idéia de que a redenção do país passava pelo saneamento e higienização (Góis Junior, 2014).

A análise sobre o higienismo no Brasil, evidencia como o discurso higienista serviu para justificar intervenções sanitárias conduzidas das ações governamentais da elite política. A politização da higiene e a construção de uma narrativa que vinculava o progresso nacional à implementação de políticas de saneamento, refletiram na junção entre a medicina, política e sociedade na época (Góis Júnior, 2014).

Ao contrário da Europa, o surgimento do higienismo no Brasil não se deve ao caos provocado pela industrialização, mas à necessidade de reformar e modernizar suas estruturas urbanas coloniais inadequadas ao desenvolvimento e circulação de capitais, que eram ‘vistas’ como focos de epidemias, devido às suas péssimas condições de habitação e circulação. Os recursos advindos da economia agroexportadora proporcionaram um período de grande

expansão econômica e atração de investimentos internacionais. Foi durante essa transformação de um país colonial para um republicano, com a transição das relações de produção escravistas para predominantemente capitalistas, que as políticas sanitárias tiveram um impacto significativo no espaço urbano (Farias Filho; Alvim, 2022).

Diante disto, o modelo de higienismo sanitarista desenvolvido no Brasil, que caracterizou o período entre 1890 e 1930, teve como fundamento a visão médica de higiene pública voltada para combater a propagação de epidemias e doenças contagiosas, com foco em intervenções preventivas principalmente em áreas de desordem e miséria. Com o crescimento da teoria contagiosa em saúde pública, os higienistas promoviam a circulação de água e ar, rejeitando tudo o que pudesse causar estagnação.

Os médicos, com base nos argumentos de defesa da ciência, começaram a estabelecer a maneira mais adequada para cada pessoa cuidar de seu corpo. Isso envolveu a necessidade de desenvolver projetos nacionais nas áreas de saúde e educação para promover mudanças de hábitos (Góis Júnior, 2014).

Embora os médicos tenham contribuído com orientações sobre controle, como cordões sanitários, quarentenas, fumigações e desinfecção, a limitação dessas medidas levou à proposta de reformas urbanas por engenheiros. Esses reformadores sugeriram novas técnicas para melhorar a infraestrutura urbana, incluindo a criação de ruas arejadas para facilitar a circulação de ar e reduzir a densidade populacional, além do desenvolvimento de redes de esgoto, tratamento de águas residuais e combate à tuberculose. O higienismo sanitarista, portanto, passou a orientar diversas iniciativas urbanísticas que visavam a modernização seletiva dos espaços urbanos, com intervenções centradas principalmente nas áreas mais críticas, como a remoção de cortiços e a implementação de planos de melhorias e embelezamento (Farias Filho; Alvim, 2022).

Neste sentido, o higienismo, no intuito de melhorias na infraestrutura urbana e trazer a modernidade, de forma seletiva, trouxe mudanças drásticas para quem vivia nessas áreas de intervenção. As ações feitas predominantemente em áreas mais críticas, como a remoção de cortiços, negligenciavam as necessidades de uma transformação que beneficiaria a todos da cidade. Dessa forma, o higienismo, propiciou desigualdades urbanas, ao invés de um desenvolvimento inclusivo para todas as camadas da população.

Por outro lado, o geógrafo Mauricio de Abreu (2001), aponta que além desse vies médico, há um econômico, ao ressaltar como o desenvolvimento urbano e as práticas de saúde pública durante o período de 1970 a 1930, foram moldados não apenas por considerações científicas, como também por fatores econômicos. A transformação das cidades brasileiras e a

implementação de medidas higienistas, estavam diretamente ligadas à capacidade de investimento, uma vez que houve interesse de grupos financeiros, evidenciando que as mudanças urbanas propostas pelo higienismo, enfrentaram resistência devido aos altos custos envolvidos e à oposição de interesses estabelecidos que não se beneficiariam dessas reformas.

Nesse período, surgiu e se desenvolveu o sanitarismo campanhista, que teve forte presença até o final dos anos de 1940, visando apoiar o modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde adequadas para os trabalhadores envolvidos na produção e na exportação. As campanhas de saúde foram direcionadas para combater doenças endêmicas como peste, cólera, varíola, entre outras. Gradualmente, o Estado, intensificou sua intervenção no setor de saúde e, após a Segunda Guerra Mundial, assumiu responsabilidades financeiras relacionadas à prestação de serviços de saúde à população (Paulus Junior; Cordoni Junior, 2006). Quanto ao higienismo em sua modalidade universalista, este caracteriza o período entre 1930 e 1990, este possui diferenças significativas em relação ao modelo sanitarista, assim:

A diferença fundamental entre o higienismo sanitarista e o higienismo universalista que se anuncia está na ocorrência de uma tripla ação de deslocamento: das campanhas sanitaristas sazonais para a institucionalização e nacionalização das políticas de saúde; das intervenções estéticas localizadas do urbanismo clássico para o planejamento físico-territorial, abarcando toda a cidade e assimilando o formalismo do Movimento Moderno em Arquitetura e Urbanismo; e, por fim, a transição da competência restrita a médicos e engenheiros para uma frente variada de especialistas (arquitetos, sociólogos, geógrafos, economistas, advogados, administradores etc.), fazendo do urbano objeto de estudos multidisciplinares. Segue uma descrição resumida sobre esses eventos (Farias Filho & Alvim, 2022, p. 6).

Dando continuidade ao processo de criação das políticas públicas de saúde no Brasil, durante o governo do General Eurico Gaspar Dutra, em 1948, foi elaborado o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) pelo governo federal. Em 1953, sob a influência desse plano, criou-se o Ministério da Saúde (MS) concentrando atividades coletivas como campanhas e vigilância sanitária. Paralelamente, a assistência médica se expandia por meio das instituições previdenciárias, refletindo a necessidade de atender à crescente população urbana e industrial, iniciada em 1930. De acordo com Donnangelo, o desenvolvimento da assistência médica dentro dessas instituições previdenciárias era visto como um meio de mitigar tensões sociais e controlar a força de trabalho (Júnior; Júnior, 2006).

Silveira (2013) compreende que a complexidade da dinâmica dos serviços de saúde no Brasil é um desafio que exige uma análise das diversas questões envolvidas no planejamento e na execução das ações. O autor destaca a dificuldade de examinar e identificar todos os

meandros percorridos pelos serviços públicos de saúde, o que revela a intrincada rede de processos. A gestão desses serviços não se limita a uma simples aplicação de políticas, mas envolve uma compreensão profunda das dinâmicas territoriais que afetam a eficácia e a eficiência das ações.

Segundo Paulus Junior e Cordoni Junior (2006), em 1975, foi feita a primeira tentativa de regularização do papel dos municípios na políticas de saúde por meio da Lei Federal nº 6.229 promulgada em 17 de julho do mesmo ano. Esta lei tratava da organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecia competências dos municípios, que incluíam a manutenção dos serviços de saúde, especialmente os de pronto socorro, a vigilância epidemiológica, a articulação dos planos locais de saúde com os estaduais e federais, e a integração de seus serviços no sistema nacional de saúde.

O principal objetivo desta lei, era ampliar a cobertura de saúde, no entanto, a maioria das prefeituras direcionou seus recursos para atendimentos especializados, especialmente, os de pronto socorro, negligenciando os cuidados primários. Como resultado, a municipalização da saúde não avançou conforme previsto pela Lei Federal nº 6.229/1975. Sendo assim, essa Lei teve uma grande importância para a atribuição de responsabilidades como a manutenção de serviços de saúde e coordenação dos planos locais de saúde, apesar do objetivo principal de ampliar a cobertura de saúde, é preciso que haja uma gestão capaz de atender os cuidados primários da saúde, assim como em atendimentos especializados de emergência, não comprometendo o avanço/municipalização da saúde nos municípios.

As deliberações da VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que propunham mudanças fundamentadas no princípio do direito universal à saúde, acesso equitativo, descentralização rápida e ampla participação da sociedade. A conferência já indicava a municipalização como um meio de implementar a descentralização. Os fundamentos do atual Sistema Único de Saúde (SUS), foram estabelecidos por esta conferência, que contou com mais de 5.000 pessoas e gerou um relatório crucial para embasar a Constituição Federal de 1988 em questões relacionadas à saúde (Paulus Júnior; Cordoni Júnior, 2006).

Desta forma, as práticas políticas submetem toda a sociedade ao seu controle, determinando o que, como e quais práticas de saúde devem prevalecer. O planejamento é direcionado para atender às demandas do mercado, adotando racionalidade técnica que negligência a satisfação das necessidades humanas essenciais (Santos; Conceição, 2001, p. 07).

Para Gonçalves et al., (2021), as políticas de saúde e ordenamento territorial, tem sido historicamente efetivas na promoção da saúde pública, baseando-se em estruturas

organizacionais desenvolvidas no século XIX para enfrentar doenças específicas das cidades industriais. No entanto, houveram falhas e limitações dessas políticas ao longo do tempo, principalmente diante dos obstáculos contemporâneos da não planejada e rápida urbanização, pois,

As políticas de saúde e de ordenamento do território são aliadas naturais. Muitas das atuais estruturas organizativas têm raízes nas soluções desenvolvidas no decurso do século XIX para curar as doenças agudas de que padeciam as cidades industriais¹. Há 150 anos a maioria das cidades europeias e boa parte das regiões urbanas do planeta eram intrinsecamente pouco saudáveis, resultado da excessiva concentração de atividades e pessoas em territórios deficientemente infraestruturados. O fenómeno de urbanização daí resultante, traduz-se pela co-localização de pessoas e atividades almejando, por via dessa convergência, potenciar economias de escala e de aglomeração, convertíveis em riqueza e em bem-estar. Todavia, os estudos de planeamento urbano, têm revelado as múltiplas disfuncionalidades produzidas pelo aceleração não planeado do processo de urbanização, provocando custos avultados na saúde das comunidades (Gonçalves et al., 2021, p. 2412)

Em vista disso, conclui-se que as desigualdades socioeconômicas e as disparidades no acesso e atenção para com a saúde, persistem em muitas áreas urbanas, necessitando da relação entre ordenamento territorial e a promoção da saúde.

Sendo assim, as políticas de ordenamento territorial da saúde, são diretrizes e ações governamentais destinadas a organizar e regular o acesso aos serviços de saúde em determinados territórios, visando melhorar a distribuição e a qualidade dos serviços prestados, bem como promover a equidade no acesso à saúde. Essas políticas, tem como objetivo principal, garantir que todas as áreas geográficas, sejam urbanas ou rurais e tenham acesso adequado aos serviços de saúde, de acordo com as suas necessidades específicas.

Para Rolnik (1997), as políticas públicas são os conjuntos de ações, programas e medidas implementadas pelo Estado em diferentes áreas, com o objetivo de promover o bem-estar social, garantir direitos e melhorar as condições de vida da população. Em relação a isto, no contexto urbano, as políticas públicas tem um papel fundamental na organização e no desenvolvimento das cidades, abrangendo questões como moradia, saúde, transporte, saneamento, meio ambiente, entre outras.

Dentre os conjuntos de ações, programas de saúde implementados pelo Estado, 54 destes, estão apresentados no site do Ministério da Saúde, esses programas e ações estão tem como principais responsáveis secretárias, sendo elas:

- **Secretária Executiva (SE)**, responsável por programas como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), Programa

Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD);

- **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, com programas como Rede de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), Programa Bolsa Família (PBF), Mais Médicos (PMM), Programa Saúde na Escola (PSE);

- **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)**, com o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Art. 8º da Lei nº 10.205/2001), Política Nacional de Humanização (PNH), Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h);

- **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS)**, com o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PER/SUS), Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), QualiSUS-Rede; Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), Programa Nacional de Imunizações (PNI), Projeto Brasil COVID-19;

- **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**, com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde; a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), com o Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Dentre os programas, ações e medidas, importante mencionar o papel do SUS na participação dessas ações. Para que exista esses programas e ações de integração, exige-se uma legislação que trata da regionalização e descentralização da estrutura do SUS e de suas políticas públicas como no art. 7º da lei federal nº 8.080/1990

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização

pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017). XV - proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023) (Brasil, 1990).

Desta forma, essas políticas visam promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzir as desigualdades regionais em saúde e garantir uma cobertura universal e integral da atenção à saúde em todo território nacional. Neste sentido, é importante a compreensão da estrutura interna do Estado que atende as demandas da população na saúde.

Souza et al. (2020), ressalta que as políticas são divididas regionalmente, por cada região ter suas singularidades. Dessa forma, cada região enfrentou determinada situação pandêmica de forma única e necessita de recursos específicos para combater os agravantes, assim como a estrutura hospitalar adequada para o número de pacientes contaminados de determinado local.

Sendo assim, as políticas de ordenamento territorial da saúde, estão relacionadas à descentralização por envolverem a distribuição de recursos e responsabilidades em níveis subnacionais, como estados, regiões e municípios. Algumas formas pelas quais essas políticas se relacionam com a descentralização, são: a transferência de responsabilidade, a adaptação às necessidades locais; a participação comunitária e a melhoria da eficiência no serviço oferecido.

Portanto, a afirmação de que as políticas são divididas regionalmente, por cada região ter suas particularidades, está relacionada ao conceito de descentralização, visto que a mesma refere-se à transferência de poder e autoridade do governo central para níveis subnacionais de governo, como estados ou municípios. Quando as políticas são adaptadas e implementadas de forma regionalizada, implica uma descentralização das decisões e ações governamentais.

Ao reconhecer que cada região possui suas próprias características e necessidades únicas, a descentralização permite que as autoridades locais, tenham maior autonomia para tomar decisões que melhor atendam as demandas específicas de suas comunidades. Isso pode levar a

uma prestação de serviços mais eficiente e adequada às realidades locais, além de promover a participação cívica e o engajamento das comunidades na governança local.

Para Trevisan e Bellen (2008), afirmam que na década de 1980 houve um aumento significativo no interesse pela análise de políticas públicas, impulsionado pela transição para a democracia. Essa expansão teve três motivos principais, de acordo com Melo (1999). Em primeiro lugar, houve uma mudança na agenda pública, que antes estava focada em questões relacionadas ao modelo econômico de desenvolvimento brasileiro.

Posteriormente, os debates se concentravam nos efeitos redistributivos das ações do governo e na lógica por trás do projeto de modernização conservadora do regime ditatorial e por último, temas como descentralização, participação, transparência e a relação entre o setor público e privado eram centrais nessa agenda. Essa mudança na agenda, levou a um renovado interesse nas pesquisas sobre políticas municipais e descentralização (Melo, 1999, p. 11-28, *apud* Trevisan; Bellen, 2008, p. 532).

Neste sentido, analisando a descentralização das políticas públicas de saúde, à luz das considerações de Souza et al. (2020), revela-se que embora a abordagem regionalizada possa parecer adequada para lidar com as particularidades de cada localidade e otimizar o uso de recursos, também apresenta limitações significativas que precisam ser consideradas, a exemplo disso, a falta de vagas em hospitais públicos durante a pandemia. Lembrando que, cabe à cada esfera de governo a participação dos recursos tributários arrecadados para a execução das políticas públicas.

Para Felicíssimo (1992), a descentralização é um processo que requer mudanças ao longo do tempo, afim de trazer soluções aos serviços de saúde e outros serviços básicos, pois

Descentralizar e regionalizar exigem uma renovação da cultura organizacional e tecnológica para que se processem à luz da mudança que a Constituição determina. E, aí, a tarefa é promissora. E preciso mudar formas de pensar, é preciso pensar em novos instrumentos de gestão, em novas soluções para os problemas sociais, inventar projetos novos na área da Saúde, Habitação, Educação, Agricultura etc. Em todas as áreas, é preciso inventar tudo novo. Isso requer que se transfira a decisão e os recursos para o nível local (municipalização), para que ele decida e execute. Aí existem, dizem, milhares de vantagens, e existem, de fato. No entanto, uma dificuldade muito grande de operacionalizar isso é que os principais agentes encontram-se em estado de "congelamento", coloniza dos pelos preceitos e práticas anteriores (Felicíssimo, 1992, p. 14).

Referente à isto, a descentralização pode resultar na falta de coordenação e integração entre as diferentes esferas de governo, levando a lacunas na prestação de serviços e na

implementação de políticas. A fragmentação administrativa e a falta de comunicação entre os níveis federal, estadual e municipal podem dificultar a resposta à emergências de saúde pública, como na pandemia da COVID-19.

Outro aspecto crítico, é a questão da capacidade das autoridades locais para lidar com as crises de saúde em grande escala. Nem todos os municípios ou estados, tem experiência ou recursos necessários para desenvolver e implementar planos de contingências ou gerenciar adequadamente a distribuição de suprimentos médicos e equipamentos. Diante disto, Ribeiro (2015) aponta que

A regionalização como estratégia de descentralização da provisão estatal do cuidado à saúde no Brasil faz parte da agenda política setorial há no mínimo 30 anos. Desde o início dos anos 1980, quando da formulação de estratégias governamentais para a integração assistencial dos serviços de saúde na transição democrática do Estado brasileiro, a regionalização compõe o leque de inovações para a institucionalização de um sistema nacional de saúde no país (Ribeiro, 2015, p. 405).

A partir dos anos 2000, a regulação da regionalização dos serviços de saúde, passou a ser uma prioridade na agenda política do Sistema Único de Saúde (SUS). No princípio, a Regionalização, concentrava-se exclusivamente no setor da saúde, com o objetivo de promover uma organização mais hierarquizada dos serviços e garantir acesso igualitário por meio da criação de sistemas regionais funcionais. Nesse contexto, foram criados instrumentos de planejamento regional como ferramentas-chave para facilitar a colaboração entre os diferentes níveis de governo, nos quais seriam definidas as regiões de saúde nos estados (Ribeiro, 2015, p. 405-406).

Para Ribeiro (2015), os Conselhos Municipais de Saúde, como do município de Catalão, responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), operam de forma distinta. Eles possuem autoridade para tomar decisões sobre os recursos de saúde disponíveis no município, utilizando o Fundo Municipal de Saúde como base.

Além dos recursos federais, os estados e municípios também contribuem financeiramente para o SUS. Os estados recebem uma parcela dos recursos federais e complementam esse financiamento com recursos provenientes dos orçamentos estaduais. Da mesma forma, os municípios recebem recursos federais e estaduais, e os mesmos contribuem com os próprios recursos, geralmente advindos dos impostos municipais.

Embora a descentralização das políticas públicas de saúde possa oferecer vantagens em termos de adaptação às necessidades regionais e locais, promoção da participação comunitária, torna-se essencial a abordagem de seus desafios e limitações diante às crises de saúde pública,

principalmente em áreas economicamente, enquanto algumas regiões podem ter mais recursos e infraestrutura adequados para enfrentar uma crise de saúde, outras podem enfrentar escassez de financiamento e capacidade de responder a demanda, exarcebando as disparidades existentes.

Conforme Lucchese (2004), existem questões e elementos que exercem influência direta ou indireta sobre a política de saúde devendo ser considerados pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), durante o processo de tomada de decisões para garantir efeitos na política de saúde e alcançar objetivos mais abrangentes relacionados ao desenvolvimento social, tais como:

[...] reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde cada vez mais evidenciadas nos processos simultâneos de globalização e descentralização; fortalecer o exercício ético e eficaz da gestão governamental na busca de novas formas de organização administrativo-institucional da ação do Estado com maior participação social; criar mecanismos de coordenação intra-setorial eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais disponíveis; promover a harmonia entre políticas econômicas e sociais e estabelecer parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população; -fortalecer a competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação da agenda de prioridades governamentais e na formulação de projetos alternativos, sobretudo daqueles com responsabilidade direta sobre a condução da política setorial, como são os gestores da saúde (Lucchese, 2004, p. 4-5)

A partir dos objetivos citados por Lucchese (2004), nota-se que eles estão ligados aos impactos negativos na saúde decorrentes das condições precárias de vida nas áreas economicamente vulneráveis e desamparadas pelas políticas públicas de saúde e urbanismo inclusivo. É evidente que a população concentrada nessas áreas sofram mais com a má distribuição de recursos, falta do acesso equitativo à cidade e não participação na tomada de decisões urbanas.

No Brasil, 56% dos recursos públicos destinados à saúde, são gastos pelo setor privado, mesmo que este atenda apenas (25%) da população brasileira. Enquanto, o SUS, responsável exclusivo pelo atendimento de (75%) da população, recebe menos da metade dos recursos totais. Expandir a política de saúde centrada no mercado e em seguros privados para a população, seria economicamente inviável e socialmente injusto (Campos, 2018).

O Conselho de Saúde, em relação a distribuição de recursos tem o papel fundamental de participar da formulação e controlar a execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, além de ter responsabilidade de organizar conferências e fóruns de participação social, aprovar o orçamento destinado à saúde e monitorar sua aplicação. Esse processo visa assegurar o direito à saúde de forma integral, gratuita e de

qualidade, conforme definido pela Constituição de 1988 (MS, 2024).

No âmbito de atuação, podendo ser, nacional, estadual ou municipal, o Conselho de Saúde, é um órgão permanente e deliberativo, constituído por membros dirigentes, no qual inclui representantes do governo, provedores de serviços, profissionais da saúde e usuários. O Conselho de Saúde assume um papel fundamental na formulação de estratégias e no controle de implementação da política de saúde em sua respectiva instância, abrangendo inclusive, aspectos econômicos e financeiros (MS, 2024).

Cada Conselho de Saúde, é responsável por determinar o número de membros, seguindo uma composição que inclui: 50% de representantes de entidades e movimentos usuários; 25% de representantes de entidades ligadas aos trabalhadores da área de saúde; e 25% de representação do governo e provedores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (MS, 2024).

Os sistemas de saúde pública, quando implementados, representam áreas não comerciais em economias capitalistas. A manutenção dessas políticas, dependem de diversos fatores, incluindo a criação de uma cultura distinta da predominante no mercado. Essa cultura, valoriza o desenvolvimento humano tanto ou até mais do que, o crescimento econômico (Campos, 2018).

Portanto, do ponto de vista da utilidade pública, deve-se levar em conta a inclusão social como um dos indicadores para avaliar como políticas, gastos públicos e serviços afetam o bem-estar humano. Da mesma forma, a eficiência não pode ser medida sem considerar a exclusão da população dos cuidados de saúde resultantes de supostas medidas “racionalizadoras” propostas pelo economicismo (Campos, 2018).

Para Campos (2018), a reflexão sobre o SUS se torna fundamental, pois trata-se de uma iniciativa governamental. Sendo assim, promover a administração pública requer a identificação das deficiências do SUS para propor modificações que reforcem a natureza pública das estratégias de saúde.

Ainda na lógica de descentralização das ações e políticas públicas do SUS, em 2011, ocorre a criação das regiões de saúde, conforme o Art. 3º da Resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011 com objetivos de:

I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade; II - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir

as mesmas finalidades; III - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação inter-federativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais (BRASIL, 2025)

A estruturação do SUS em regiões de saúde existe desde 2011, as quais ajudaram no enfrentamento da pandemia, pois esta estrutura regionalizada serviu de base para organização, direcionamento dos investimentos públicos, das ações e procedimentos a serem tomados em cada região de saúde e ainda sobre a polarização em certos municípios destas para o atendimento hospitalar (internações, vagas de UTIs) e depois distribuição de vacinas para os municípios da região de saúde (Brasil, 2011)

Em seu relatório de 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgou a Pesquisa Nacional de Saúde, revelando que 71,5% dos cidadãos brasileiros confiam exclusivamente no SUS para cuidados médicos, conforme dados do Ministério das Saúde. Isso significa que mais de 150 milhões de indivíduos dependem inteiramente do Sistema Público de Saúde como sua única fonte de assistência médica. Existem princípios e diretrizes criados para garantir que o SUS ofereça um serviço de saúde adequado para a população conforme consta em seus princípios,

O Artigo 3º da PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece os princípios e diretrizes que devem nortear a Atenção Básica, tanto dentro do SUS como na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Vamos analisar cada um desses princípios e diretrizes: Princípios: Universalidade: Refere-se ao acesso igualitário e abrangente aos serviços de saúde, sem discriminação de qualquer natureza. Todos os cidadãos têm o direito a receber atenção à saúde, independentemente de sua condição econômica, social, gênero, raça ou localização geográfica. Equidade: Significa garantir que as desigualdades em saúde sejam minimizadas, oferecendo atenção especial às populações mais vulneráveis e desfavorecidas. A equidade busca garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, com foco em atender as necessidades específicas de cada indivíduo. Integralidade: Refere-se à oferta de cuidados de saúde de forma abrangente, considerando as dimensões físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos. Busca-se proporcionar um atendimento que vá além do tratamento de doenças, abrangendo promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação (BRASIL, 2025)

Embora haja os 3 princípios do SUS afim de garantir igualdade e direito à saúde, existem formulações de políticas específicas para garantir a inclusão e enfrentar as desigualdades, além da qualidade dos cuidados, nessa perspectiva, foi criada a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), com intuito de oferecer um atendimento amigável acolhedor aos usuários, por parte da gestão, e dos profissionais da saúde (MS, 2024).

Em relação ao Humaniza SUS, é evidente que a proposta se torna essencial para enfrentar uma das possíveis falhas de um sistema de saúde como o tratamento pessoal nos serviços de saúde. A implementação desta política não se torna suficiente, em vista que a atenção em outros aspectos como infraestrutura e números de profissionais adequados são fundamentais para o bom funcionamento do SUS, evitando problemas sofridos pela população brasileira relatados frequentemente, como as filas nos hospitais e a demora para conseguir vaga em algumas especialidades.

Além dos princípios, o SUS, possui diretrizes que no contexto da saúde, foram estabelecidas para padronizar os cuidados, promover práticas e assegurar que as ações estejam alinhadas com as metas de saúde pública e os direitos dos usuários, sendo elaboradas conforme as necessidades de forma específica às necessidades, sendo elas:

Diretrizes: Regionalização e Hierarquização: Estabelece a organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, permitindo o acesso escalonado e progressivo de acordo com as necessidades dos pacientes. **Territorialização:** Envolve a identificação e delimitação de territórios de abrangência das equipes de saúde, permitindo um atendimento mais efetivo e personalizado às comunidades locais. **População Adscrita:** Refere-se à definição de uma população fixa que é atendida por uma determinada equipe de saúde, possibilitando um cuidado mais individualizado e contínuo. **Cuidado Centrado na Pessoa:** Foca no paciente como protagonista do seu próprio cuidado, considerando suas necessidades, desejos e preferências, para que o tratamento seja personalizado e alinhado com suas expectativas. **Resolutividade:** Busca garantir que os problemas de saúde sejam resolvidos de maneira eficaz e eficiente, com abordagens que atendam às necessidades do paciente. **Longitudinalidade do Cuidado:** Envolve o acompanhamento contínuo e a relação duradoura entre pacientes e profissionais de saúde, favorecendo a compreensão profunda das condições de saúde e necessidades individuais. **Coordenação do Cuidado:** Garante a conexão e a comunicação eficiente entre diferentes serviços de saúde, assegurando uma assistência mais integrada e evitando a fragmentação do cuidado. **Ordenação da Rede:** Estabelece a organização e estruturação dos diferentes serviços de saúde em uma rede coordenada, para garantir o fluxo adequado de pacientes entre os diferentes níveis de atenção. **Participação da Comunidade:** Incentiva o engajamento ativo da comunidade no planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde, buscando atender às demandas e necessidades locais (CCMS, 2025)

Em resumo, o Artigo 3º define os princípios fundamentais e as diretrizes orientadoras da Atenção Básica no SUS e na RAS. Esses princípios e diretrizes visam garantir que os serviços de saúde sejam universais, equitativos, abrangentes e centrados no paciente, ao mesmo tempo em que são organizados de maneira eficiente, coordenada e participativa. Embora o SUS tenha universalidade, equidade e integralidade como princípios, Miranda et al. (2020), apontam

falhas do Sistema Único de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais (LGBTQI-APN+), como a falta de qualidade no atendimento e assistência humanizada, assim como a necessidade de profissionais preparados adequadamente para atender esse público.

No Brasil, o direito à saúde, é viabilizado pelo SUS, sendo um sistema universal, integral e gratuito. A Lei Federal nº 8.080/1990, no art. 5º aponta os três objetivos principais do SUS:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 2025)

Além das atribuições já mencionadas, é importante mencionar o papel do SUS na participação das ações de vigilância em saúde. Para que exista essa integração exige-se uma reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde com o objetivo de garantir um melhor atendimento à população como no art. 6º da Lei Federal nº 8.080/1990

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários

decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2025)

Nesse sentido, a definição das responsabilidades das bases do SUS são fundamentais para o funcionamento do sistema, quando bem administradas, para melhor funcionar e atender a população de determinado local. A descentralização se relaciona diretamente com a estruturação do SUS, tendo como objetivo garantir que suas diretrizes e princípios sejam implementados adequadamente em todos os níveis de atenção. Na próxima seção, serão abordadas a estruturação e organização do SUS, fazendo uma análise de como a organização dos serviços de saúde contribui para a elaboração das políticas públicas e para a melhoria do sistema.

2.3 Estruturação e Organização do Sistema Único de Saúde no Brasil

O SUS, representa um dos mais amplos e complexos sistemas de saúde pública global, englobando desde serviços básicos, como a medição da pressão arterial na Atenção Primária, até procedimentos avançados como transplantes de órgãos. Esse sistema garante acesso completo, universal e gratuito à toda população do Brasil (MS, 2024).

Com a sua implantação, o SUS foi criado para assegurar o acesso universal ao sistema de saúde público, sem qualquer forma de discriminação. A inserção integral da saúde, indo além dos cuidados médicos, tornou-se um direito para todos os brasileiros, desde o início da vida até a velhice, com ênfase na saúde com qualidade de vida, prevenção e promoção da saúde (MS, 2024).

Diante disto, pensar o SUS na prática e na realidade, a partir do que está no comentário a cima e a reflexão sobre a comunidade LGBTQIAPN+ abordada anteriormente, se sua finalidade de “assegurar o acesso universal ao sistema de saúde público, sem qualquer forma de discriminação”, não está sendo bem executada, haja visto que comunidades desfavorecidas muitas vezes encontram barreiras no acesso aos serviços de saúde, seja por falta de preparo de alguns profissionais ou por preconceitos estruturais que dificultam a aplicação plena das diretrizes do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), a gestão das atividades e dos serviços de saúde devem ser colaborativa e participativa entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. A estrutura do SUS, é vasta e engloba tanto ações quanto serviços de saúde, e abrange desde atendimentos básicos, até procedimentos de alta complexidade, incluindo cuidados primários, médios e avançados, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, além das atividades de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

A Constituição Federal de 1988 (CF-88), determina que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Anteriormente à Constituição de 1988, o sistema público de saúde oferecia assistência apenas aos trabalhadores afiliados à Previdência Social, sendo cerca de 30 milhões de pessoas com acesso à serviços hospitalares, o restante da população recebia atendimento em instituições privadas ou filantrópicas (MS, 2024).

O SUS, é uma estrutura que engloba o Ministério da Saúde, os governos estaduais e municipais, conforme estipulado pela Constituição Federal. Cada esfera governamental possui suas responsabilidades específicas em relação à saúde pública. A estruturação do SUS é composta pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Secretaria

Municipal de Saúde (MS, 2024), a qual reforça a perspectiva de ser um sistema descentralizado.

O Ministério da Saúde é responsável pela gestão nacional do SUS e desempenha funções de formulação, normatização, fiscalização, monitoramento e avaliação das políticas e ações de saúde, em colaboração com o Conselho Nacional de Saúde, além de participar da Comissão Intergestores Tripartite para negociar o Plano Nacional de Saúde. Sua estrutura inclui instituições como Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais (MS, 2024).

No âmbito da descentralização dos serviços e atendimentos, a Secretaria Estadual de Saúde colabora na elaboração das políticas e iniciativas de saúde, oferece suporte aos municípios em coordenação com o Conselho Estadual e faz parte da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para validar e executar o Plano Estadual de Saúde (MS, 2024). Já a Secretaria Municipal de Saúde, elabora, estrutura, supervisiona, analisa e implementa as atividades e assistências de saúde, em colaboração com o conselho municipal e a instância estadual para validar e estabelecer o plano de saúde municipal (MS, 2024).

As medidas não farmacológicas saem da esfera nacional e revertem para os municípios. Essa situação é identificada em Catalão, cuja SMS e o Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus - COVID-19, adotaram nos momentos de grande contágio do vírus Sars-CoV-2, medidas que levassem a redução da transmissão e contaminação entre contaminados e não contaminados (Catalão, 2020).

Percebe-se que nos últimos anos, as informações dos números de casos confirmados ou óbitos por COVID-19, estão ligados às localidades, por isso o olhar questionador pode contribuir para a discussão geográfica, sobre as condições, situações e perspectivas da doença, além de pensar nas modificações espaciais da mesma.

Considerando a noção de desenvolvimento urbano e de saúde, pode-se compreender a importância de ambos por ser fatores que ajudam a desenvolver determinado local, assim como torná-lo vulnerável com a falta dos mesmos. Assim, a saúde urbana e outras redes de serviços tornam-se fundamentais para o progresso da urbanização, e ajuda na definição dos espaços locais como espaços saudáveis ou não sendo que:

[...] Aos velhos problemas de saúde pública, que afligem as populações dos países menos desenvolvidos, junta-se um conjunto de novas preocupações em saúde colocadas pelo desenvolvimento e pela urbanização. Acresce a coexistência, em determinados territórios, de velhos e novos problemas de saúde, acarretando às suas populações um fardo intolerável, insustentável e iníquo. A vulnerabilidade de determinados territórios e populações, que surge, muitas vezes, associada à urbanização, conduziu à emergência de novos

conceitos, como os de “saúde urbana” e “espaços urbanos saudáveis”. Num mundo intensa e progressivamente urbanizado, a problemática dos espaços urbanos saudáveis adquire particular relevância, porque subentende a possibilidade de promover a saúde pela transformação dos espaços (Nogueira; Remoaldo, 2010, p. 122).

Nesse sentido, as cidades precisam estar preparadas em termos estruturais para atender as demandas contínuas da área de saúde, pois em uma situação pandêmica estas estão mais aptas e com melhores condições médico-hospitalares e de profissionais para atuar na minimização dos efeitos negativos desta.

Para Souza et al. (2020), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), retratam exatamente a fragmentação do cenário urbano, visto que essas unidades de saúde, são consideradas uma política pública de saúde. Isso se deve ao fato de que as UBS são uma estratégia de atenção primária à saúde, fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, logo essas unidades desempenham um papel fundamental dentro desse sistema.

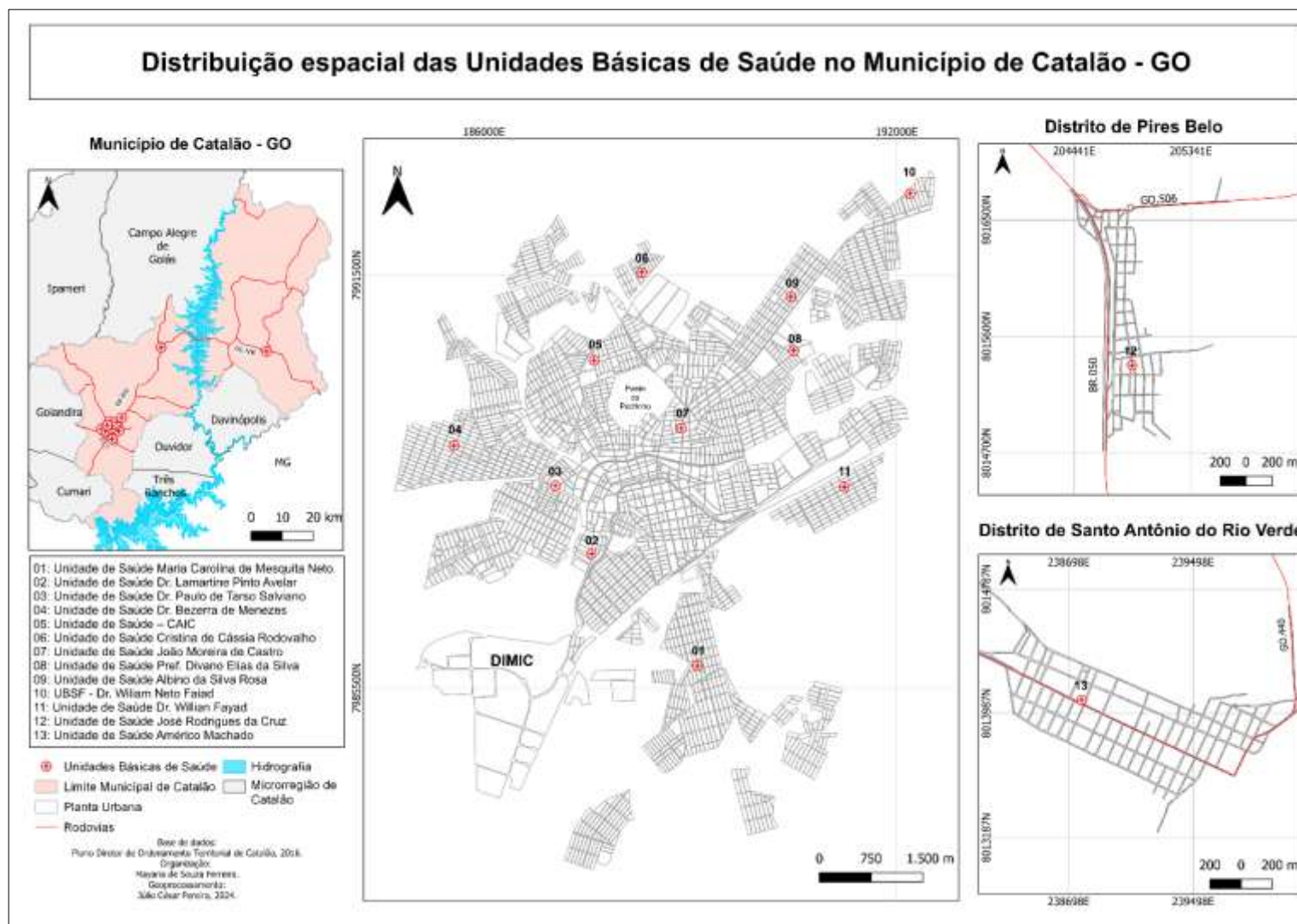
O município de Catalão, possui 114.427 habitantes e 116 bairros e loteamentos (Catalão, 2024). O município contém alguns bairros mais distantes do centro e outros mais próximos, existindo diferenças na infraestrutura e em serviços que atendem a população. Souza et al. (2020), descreve a distribuição de recursos e serviços públicos durante a pandemia da COVID-19 por áreas, rotulando-as como “zona opaca” e “zona luminosa”, as zonas opacas, são áreas com altas densidades populacionais e baixa oferta de serviços públicos, enquanto as zonas luminosas, são aquelas com alta densidade técnica, ou seja, com presença significativa de serviços e infraestrutura pública. Sobre isso,

[...] Se se questiona os índices diferenciados de contaminação dos habitantes de uma cidade pelo coronavírus entre um e outro bairro, conceitos como o de “zonas opacas”, com altas densidades populacionais e baixíssimas densidades técnicas usando o território, ou seja, com enormes carências em equipamentos e serviços públicos de toda natureza existentes em um bairro, e outro com altas densidades técnicas – presença maciça de equipamentos e serviços públicos, como se observa nas cartografias de qualquer cidade brasileira, o que denominamos “zonas luminosas” –, esses conceitos (teorias) nos auxiliam na construção das respostas. Isso se dá porque o território não é usado de maneira equânime pelo poder público na distribuição dos equipamentos de interesse social. Ao contrário, pode-se constatar facilmente, com cartografias realizadas, que nos lugares onde vivem os pobres, as crianças, as mulheres não existem UBSs (Unidades Básicas de Saúde), por exemplo. Elas estão presentes nos bairros ricos e de classe média (Souza et al., 2020, p. 180-181)

Dando sentido às diferenças dos serviços ligados à saúde nos bairros do município de Catalão, é visto que para 116 bairros, existem 13 Unidades Básicas de Saúde (Catalão, 2024), para atender a população de 114.427 habitantes (IBGE, 2022) no município, sendo elas:

Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo de Castro Leite, Unidade Básica de Saúde Vila Cruzeiro, Unidade Básica de Saúde Parque dos Ipês, Unidade Básica de Saúde Jardim Primavera, Unidade Básica de Saúde Pio Gomes Barbosa, Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, Unidade Básica de Saúde Setor Aeroporto, Unidade Básica de Saúde José Alves Vilela, Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte, Unidade Básica de Saúde Castelo Branco e Unidade Básica de Saúde Vila União e mais duas UBS para atender os distritos de Santo Antonio do Rio Verde (GO) e Pires Belo (GO). A figura 2 apresenta a distribuição das Unidades Básicas de Saúde no município de Catalão.

Figura 2 - Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde no município de Catalão (GO) em 2024.



Fonte: Adaptado de Catalão (2024)

Org.: FERREIRA, M. de S. Elab.: PEREIRA, J. C (2024)

Embora o município de Catalão tenha 13 UBS para atender a população, cabe ressaltar que as diretrizes do SUS determinam que os serviços de Atenção Básica devem se reestruturar conforme as transformações sociais e do território para a atenção e cuidado de forma igualitário, pois,

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (MS, 2017)

Com isso, as UBS's de Catalão como maior suporte de atenção básica do município fazem parte da rede de atenção dando suporte à saúde. O quadro 1 apresenta as UBS's e seus demais endereços.

Quadro 1 - Unidades Básicas de Saúde de Catalão e seus endereços

Unidades Básica de Saúde	Endereço
Unidade de Saúde Cristina de Cássia Rodovalho	Rua C, nº 145, Evelina Nour II - CEP 75703-885
Unidade de Saúde Dr. Bezerra de Menezes	Rua Rio de Janeiro, 602 – Bairro Jardim Paraíso - CEP 75711-565
Unidade de Saúde Dr. Lamartine Pinto Avelar	Rua Ademar Ferrugem, 1096 – Bairro Santo Antônio - CEP 75701-650
Unidade de Saúde Dr. Paulo de Tarso Salviano	R. Ricardo Paranhos, 56 – Bairro Pio Gomes - CEP 75712-010
Unidade de Saúde Dr. Willian Fayad	Av. Antônio de Paiva, 167, Pontal Norte – CEP 75708-450
Unidade de Saúde Américo Machado	R. Juracy R. Pontes, s/nº, S. Antº Rio Verde – CEP 75714-000
Unidade de Saúde João Moreira de Castro	Av. São João, 277, São João - CEP 75703-140
Unidade de Saúde José Rodrigues da Cruz	Av. Central, 180, Pires Belo – CEP 75714-300
Unidade de Saúde Maria Carolina de Mesquita Neto	Rua 96, nº 1.050, Castelo Branco – CEP 75701-970
Unidade de Saúde Pref. Divano Elias da Silva	R. Goiandira , 135, Setor Universitário – CEP 75701-610
Unidade de Saúde Albino da Silva Rosa	Rua Antônio de Souza, 115, Ipanema – CEP 75705-160
Unidade de Saúde – CAIC	R.T. C. João C. Neto, s/nº, J. Primavera – CEP 75702-280
UBSF - Dr. Wiliam Neto Faiad	Rua Paralela VI esq. c/ rua 07 n. 177 - Bairro Copacabana

Fonte: Adaptado de Catalão (2024)

Org.: FERREIRA, 2024.

Além da rede de atenção básica em saúde com o serviço das Unidades Básica de Saúde, os usuários do SUS do município de Catalão (GO), são atendidos por 3 hospitais credenciados pelo SUS, sendo eles, Hospital e Maternidade São Nicolal, Hospital Nasr Faiad, Santa Casa de Misericórdia de Catalão, (mais o Hospital Regional em processo de finalização com inauguração prevista para o dia 20/08/2024), além da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jamil Sebba, localizados na área urbana do município. A figura 3 apresenta a localização dos Hospitais e da UPA.

Os hospitais apresentados no mapa, dão assistência de média e alta complexidade de Catalão como maior suporte em saúde no município, dando suporte à saúde dos municípios vizinhos. O quadro 2 apresenta os endereços dos Hospitais e da UPA do município de Catalão.

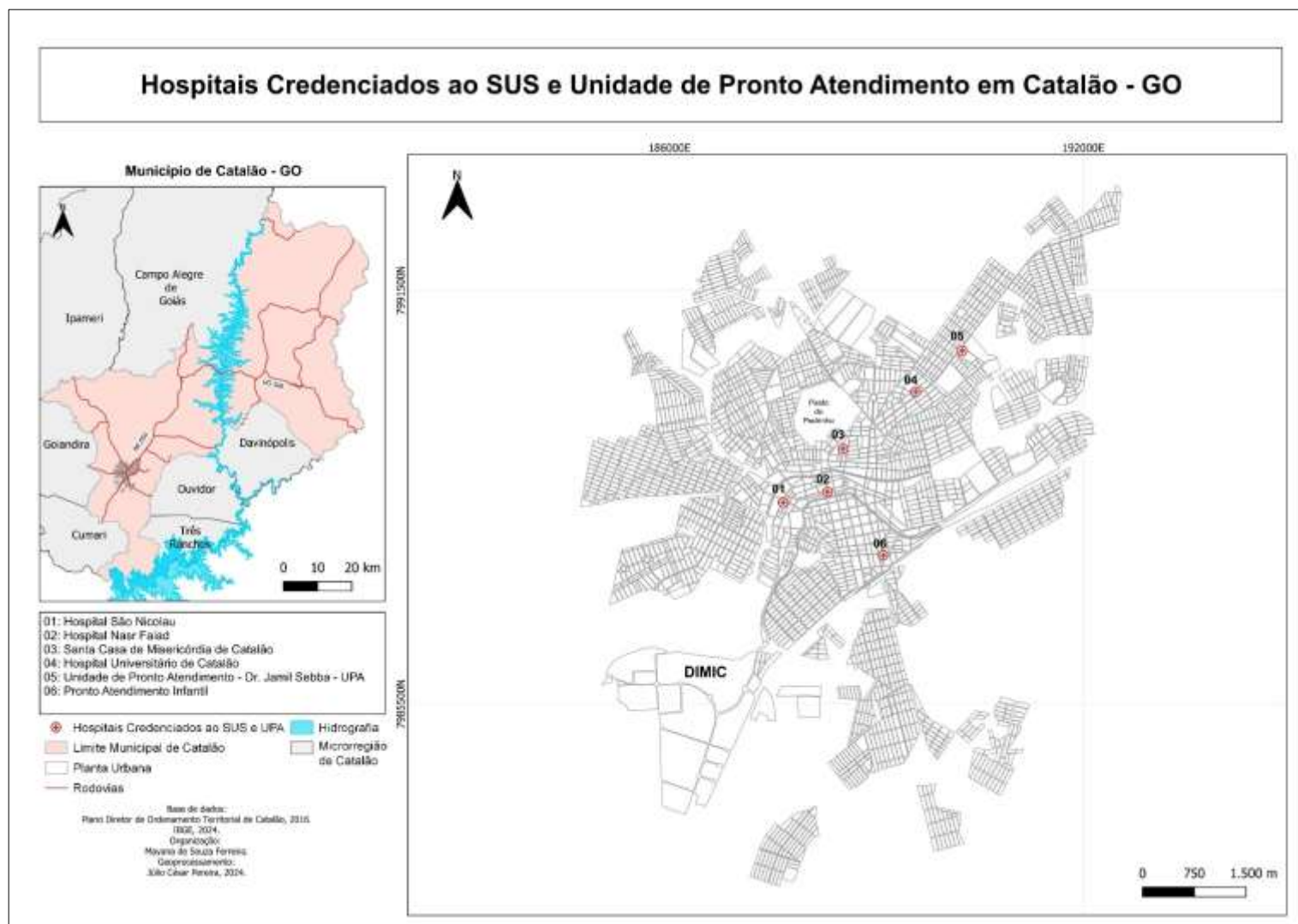
Quadro 2 - Hospitais credenciados ao SUS e UPA e seus endereços em Catalão (GO) - 2024.

Unidades de Saúde	Endereço
Hospital e Maternidade São Nicolal	Rua Nilo Margon 63, Catalão, GO, 75701-150
Hospital Nasr Faiad	Jose Marcelino 305, Catalão, GO, 75709-015
Santa Casa de Misericórdia de Catalão	Rua Buriti Alegre 293, Catalão, GO, 75703-030
Hospital Universitário de Catalão –Adib Elias	Av. Lamartine Pinto de Avelar, nº 765, Bairro Vila Chaud
Pronto Atendimento Infantil - PAI	Rua Major Paulino, número 760, Bairro Nossa Senhora de Fátima
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jamil Sebba	Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar 1800 (Santa Rita), Catalão, GO

Fonte: Adaptado de Catalão (2024)

Org.: FERREIRA, 2024.

Figura 3 - Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento Credenciados ao SUS em Catalão (GO) - 2025



Fonte: Adaptado de Catalão (2024)

Org.: FERREIRA, M. de S. Elab.: PEREIRA, J. C. (2024)

O serviço de saúde, assim como outros serviços básicos funcionando de forma adequada, contribuem para uma menor incidência letal e para o atendimento mais eficiente à casos graves e outras demandas. Tais questões reverberam na estrutura ofertada na saúde pública, que em caso de escassez, é uma das características que denotam em desigualdades sociais, conforme aponta o Art. 3º, da Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei de Criação do SUS):

Art 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2022).

Sendo assim, todas as políticas públicas que visam a saúde da população ou a redução de doenças, fazem parte desse artigo constitucional, até mesmo as campanhas de prevenção de determinadas doenças. As ações propostas neste artigo devem atingir toda a população universalmente e de forma igualitária.

Esse compromisso constitucional e universal, se dá por meio do acesso à saúde pública, sem com ou sem pandemia, que é ofertada pelo SUS e suas redes de atendimentos, conforme especifica o artigo 200 da Constituição Federal de 1988:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

Nesse sentido, o SUS ao realizar suas funções e cumprir com suas obrigações, mediante a descentralização regionalizada do atendimento para as secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme apontam os incisos VI e VII do artigo 7º da Lei Federal nº 8.080/1988

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (Brasil, 1988)

É obrigação do SUS, seja em período ou não de pandemia divulgar informações sobre a saúde pública de forma periódica, cujas informações estão disponíveis por meio dos Boletim da Análise Primária da Situação Epidemiológica, portanto, para entendermos o processo de expansão da pandemia em Catalão, bem como em Goiás, os utilizaremos como fonte de dados oficiais sobre a quantidade de óbitos, coeficiente de letalidade e contaminados pela COVID-19 de 2020 a 2022.

Com o aumento das desigualdades sociais e econômicas, a precarização dos serviços básicos, como o da saúde, ficou em evidência, pois nesse momento, a população deveria receber integralmente a oferta dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como condicionantes à saúde, de acordo com suas necessidades e demandas, no entanto, o negacionismo, foi um dos percussores no princípio do aparecimento do vírus para o atraso do preparo e materiais de utilização em combate ao vírus, além disso, não houve testagem em massa para pessoas suspeitas de infecção por SARS-CoV-2, muitas pessoas contaminadas não receberam a tempo e a contento tratamento médico-hospitalar básico, faltou oxigênio em certas lugares do país, faltou leitos de UTI e a vacina não chegou a tempo para milhares.

Isso se dá devido a falta de organização, visto que a pandemia expôs diversas fragilidades no SUS, expondo a falta de organização e planejamento e insuficiência de recursos, que comprometeram o atendimento e a resposta à crise sanitária.

2.3.1 Regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil

Para Ribeiro (2016), o conceito de Regionalização é um instrumento/ferramenta usada pelo Estado para desenvolver/implantar políticas públicas, pois devido a distinção socioeconômica, cada Região apresenta diferentes necessidades culturais, econômicas e sociais.

Considerando o conceito de Regionalização da Saúde, pode-se compreender que o termo tem importância para ser um dos principais fatores que ajudam a desenvolver um país, devido fazer parte do grupo da rede de serviços, este objetivando o direito à saúde da população, estando em relação com as políticas socioeconômicas e ajudando na definição dos níveis locais, pois

Na realidade, a estruturação da rede de saúde depara-se com o desafio de articular diferentes localidades que, pelo grau de concentração dos serviços urbanos ante a sua complexidade, formam uma rede e um espaço ou região de saúde. A sustentabilidade dessas regiões demanda ainda maior equilíbrio e articulação entre as políticas sociais e econômicas, chamando a atenção para as consequências de quando as demandas sociais deixam de coincidir com o

mapa de investimentos público e privado, e enfatizando-se, assim, o papel do Estado. É possível, dessa forma, definir diferentes tipologias de cidades pela abrangência dos serviços que prestam, indo de atividades estruturadas em nível local (como a atenção primária) até o nível macrorregional ou mesmo nacional (como os centros especializados de alta complexidade) (Baptista et al., 2010, p. 3.007)

Esta seção traz uma conceituação teórica sobre a organização do acesso à saúde e ao espaço Estado de Goiás e no município de Catalão, assim como apresentar informações sobre a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de descentralização do mesmo, afim de contribuir com respostas no estudo sobre as funcionalidades do SUS e medidas para o controle da contaminação da COVID-19 durante o período pandêmico em Catalão.

Com base nisso, autores como Baptista et al. (2010), Campos (2018), Carlos (2011), Corrêa (2020), Haesbaert (2019) e Ribeiro (2004), contribuirão fazer uma análise teórico-conceitual sobre os conceitos de Região e Regionalização que fundamentará a análise dos dados e informações do Ministério da Saúde (MS), que serão tratados na pesquisa documental.

A pandemia da COVID-19, trouxe à tona uma série de complexidades que destacam a conexão entre a saúde pública, o espaço geográfico e a sociedade. A crise de saúde durante o período pandêmico, não expôs apenas vulnerabilidades existentes, como moldou e transformou o espaço físico e as dinâmicas sociais significativamente.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da rede regionalizada, cujo conceito pode ser mais bem compreendido sobre a abordagem da geografia. Silveira (2013) compreende que a Geografia, como ciência, apresenta cinco categorias principais para a análise do espaço: espaço, lugar, paisagem, território e região. Estas categorias, são fundamentais para a compreensão geográfica, devem ser aplicadas conforme as diversas correntes do pensamento geográfico e suas particularidades. A evolução científica da Geografia trouxe diferentes acepções para essas categorias, refletindo as transformações sociais ao longo do tempo e evidenciando a complexidade e a abrangência do campo.

O espaço, nesse contexto, é definido como a porção da superfície terrestre influenciada pela ação humana, enquanto o lugar é um espaço concreto com características próprias, construído pelas relações sociais. A paisagem é a percepção humana do espaço, e o território é um espaço apropriado e organizado por um grupo social. A região, por sua vez, é um conjunto de espaços com características homogêneas. Essas categorias são essenciais para a análise espacial, permitindo a compreensão dos elementos e relações que compõem o espaço geográfico, bem como suas transformações e implicações para o planejamento e desenvolvimento (Silveira, 2013).

O entendimento da análise espacial atua como subsídio relevante à compreensão a respeito da rede regionalizada, que envolve a utilização dos aspectos geográficos como referência para a delimitação da abrangência dos sistemas de saúde. Conforme Travassos e Castro (2012), as barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. Para avaliar o padrão espacial de localização dos serviços e dos usuários, é necessário considerar não apenas o espaço físico, mas também o espaço das relações. Em geral, do ponto de vista do espaço físico, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde. Medidas de distância que levam em conta os custos de deslocamento, tanto em termos de tempo quanto de despesas financeiras, são mais adequadas para avaliar a fricção espacial.

No entanto, mesmo sem considerar os meios disponíveis para superar essas barreiras, a distância linear é a medida física mais fácil de obter. A distância não afeta o uso dos serviços pelas pessoas de alta renda, mas constitui uma barreira significativa para os mais pobres. Ou seja, a distância do hospital não é uma barreira para aqueles que podem arcar com os custos financeiros do deslocamento (Travassos; Castro, 2012).

O Brasil estabeleceu que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria gerida através de redes, com o objetivo de criar sistemas de saúde integrados. Estes sistemas, conhecidos por diferentes nomes em vários países e organizações internacionais, incluem redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, e cuidados integrados, entre outros (Viana et al., 2018).

As redes trouxeram uma nova abordagem para a gestão e organização dos serviços de saúde, promovendo a integração tanto do ponto de vista territorial quanto do processo de territorialização. No Brasil, esse processo começou em 2000, com a introdução de normas federais para regionalizar o sistema de saúde, e, dez anos depois, com a implementação das RAS como um meio de desenvolver sistemas integrados de saúde (Viana et al., 2018).

A Regionalização da Saúde é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação. Esse princípio envolve a organização dos serviços de saúde em regiões específicas, que são áreas geográficas contínuas formadas por municípios vizinhos, definidas com base em características culturais, econômicas e sociais comuns, além de redes de comunicação e transporte compartilhadas. O objetivo da regionalização é promover uma melhor coordenação entre diferentes níveis de governo (municipal e estadual) e aumentar a eficiência na alocação de recursos e na prestação de serviços de saúde. Para implementar esse princípio, foram criados vários instrumentos regulatórios federais, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, o Pacto pela Saúde de 2006, o Decreto

nº 7.508/2011 e a Resolução CIT nº 37 de 2018 (Rocha et al., 2022).

Para Santos e Conceição (2001), a organização dos serviços e ações de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada são estratégias utilizadas para fortalecer a atuação do Estado e torná-lo mais eficiente. Essa rede de saúde não dá autonomia aos municípios e reflete em uma territorialidade caracterizada pela seletividade e pela obediência às diretrizes da União. Devido a essa seletividade, a rede do Sistema Único de Saúde, possui dois eixos que se conectam, determinando a acessibilidade e o cuidado na saúde. Há um sistema público que enfatiza a Atenção Básica e um sistema privado que deveria complementar o SUS.

As autoras ressaltam que a presença de relações patrimonialistas encontra sustentação nas condições de saúde oferecidas à população, pois a prática de amparar, tanto de ampar como de ser amparado, permeia as relações sociais. No contexto da política de saúde, contribui para a manutenção de um Estado que auxilia e para uma tendência privatizante das ações e serviços de saúde.

O conceito de espaço é um dos mais utilizados na Geografia, pois o mesmo faz um contraponto com outras leituras do espaço relacionadas aos sujeitos sociais, sendo esses: o Estado, as empresas privadas, grupos socioculturais, classes econômicas e a política. Logo, Catalão, é uma região ligada aos fatores que agem no espaço através dos processos de exclusão e precarização socioespacial.

Durante o período pandêmico houveram mudanças significativas na forma como o sujeito interagia com o espaço urbano. O distanciamento social, as restrições de circulação e as adaptações necessárias para evitar a propagação do vírus alteraram as dinâmicas cotidianas das cidades. Isso incluiu a redução do uso dos espaços públicos e consequentemente houve o aumento do trabalho remoto e de aplicativos, modificando a utilização de áreas residenciais e a reorganização das atividades comerciais e de lazer. Essas novas mudanças coincidem com as redefinições do capital, visto que

A produção do espaço abre-se, portanto, como possibilidade de compreensão do mundo contemporâneo, que sob a égide da globalização, vai impondo novos padrões (assentados no desenvolvimento da sociedade de consumo e submetidos ao desenvolvimento do mundo da mercadoria) a partir dos quais vão se redefinindo as relações entre as pessoas numa sociedade fundada na necessidade de ampliação constante das formas de valorização do capital. Novos padrões culturais invadem a vida cotidiana metamorfoseando antigos valores com a introdução de novos signos e comandando novos comportamentos (Carlos, 2011, p. 15)

A diferenciação de área, que nos faz ter noção que o espaço é constituído por áreas distintas (Corrêa, 2003). Compreende-se que as transformações significativas nas estruturas

sociais e outras mudanças urbanísticas e econômicas, podem se caracterizar pela distinção da região. Essas mudanças afetam vários fatores em termos sociais e econômicos, uma vez que seu território exclui grande parte da população, visto que há um significativo aumento da população não beneficiada pelos serviços básicos, como os de saúde.

Desse modo, a segregação surge em contradição com a reunião (sentido mais pro-fundo da prática urbana) como porta de entrada para a compreensão da condição urbana, hoje. Situa-se e explica-se no movimento do processo de produção do espaço urbano como momento da reprodução da vida humana no plano da prática socioespacial – na totalidade da reprodução social dominada pela lógica do capital. Nesse sentido, a produção do espaço urbano envolve vários níveis da realidade como momentos diferenciados da reprodução geral da sociedade: (a) o nível do Estado como aquele da dominação política (o poder se realiza dominando espaço, estruturando a vida), (b) aquele do capital (das estratégias das ações que objetivam sua repro-dução continuada comprimindo o espaço-tempo da realização do ciclo do capital e criando a cidade como capital fixo do ponto de vista da realização do ciclo do capital). Lugar das alianças entre as esferas/planos político e econômico na elaboração das políticas públicas que orientam a ocupação do espaço, a construção da infraestrutura, a distribuição do orçamento visando à realização do processo de valorização em que o solo urbano ganha centralidade, e (c) o plano social, aquele da realização da vida: a cidade como necessidade e desejo vinculados à realização do humano, como momento criativo (Carlos, 2020, p. 416)

Faria e Bortolozzi (2009), descrevem, o que seria a Geografia da Saúde para Milton Santos, sendo possível compreender a relação do espaço geográfico e a saúde pública. Para Milton Santos, o espaço não é apenas um contexto onde as doenças ocorrem, mas sim, um elemento fundamental na compreensão dos processos de saúde e doença. Na visão de Santos, o espaço não é estático, mas dinâmico e socialmente construído e influenciado por fatores econômicos, sociais, políticos e culturais.

Assim, a Geografia da Saúde, propõe uma análise que vai além da distribuição espacial das doenças, buscando entender como as condições de vida, o acesso aos serviços de saúde, as características e organização do espaço, impactam na saúde da população. Para Santos, o papel do território é fundamental, pois representa a porção do espaço apropriada e transformada por determinado grupo social, influenciando diretamente nas condições de saúde e na qualidade de vida populacional (Faria; Bortolozzi, 2009).

Então, a Geografia da Saúde, busca entender as interações complexas entre sociedade, ambiente e saúde, enfatizando a importância do contexto espacial na determinação dos padrões de saúde e doença em diferentes comunidades e regiões.

Faz-se necessário a compreender as complexidades dos problemas de saúde e os determinantes sociais que influenciam o acesso aos serviços de saúde, assim como, trazer

questões sobre a universalidade do acesso à saúde, a descentralização do sistema de saúde e os desafios enfrentados na implementação de políticas de saúde, assim como apresentar os desafios financeiros e estruturais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia da COVID-19.

Diante disto, a pandemia da COVID-19, revelou como o espaço geográfico desempenha um papel importante na propagação e no controle desta doença. As características físicas do ambiente, como a densidade populacional, infraestrutura de saúde, distribuição de recursos e acessibilidade dos serviços essenciais, desempenham um papel fundamental na resposta e efeitos da pandemia.

Para Santos (1998), em um contexto capitalista, as relações políticas e econômicas desempenham um papel fundamental na configuração do território, pois as decisões políticas e as forças econômicas moldam a distribuição de recursos, infraestrutura e o acesso à serviços, incluindo a saúde.

Sendo assim, a influência do modelo capitalista na saúde, é inegável. Desigualdades socioeconômicas resultantes do capitalismo podem levar a disparidades na saúde, como grupos marginalizados enfrentando condições de vida mais precárias e acesso reduzido a cuidados de saúde adequados.

Para Silveira et al. (2020), a espacialização do vírus SARS-CoV-2, apresentou comportamentos regionais diferentes, mais casos em regiões metropolitanas, em cidades médias (fluxos e deslocamentos mais intenso entre cidades maiores e menores), isso se dá principalmente através das diferentes formas da rede de transporte, assim atuando em níveis hierárquicos, conforme a dimensão espacial, uma vez que

A difusão pelo uso do transporte rodoviário apresenta alguns níveis, como: a) o interurbano com maior proximidade (os deslocamentos pendulares casa-trabalho); b) o interurbano com maior distância (como o inter-regional e interestadual); c) o de algumas cidades-polos (cidades médias, de porte médio ou sedes de regiões de governo) para o interior de suas hinterlândias (municípios da região de influência das cidades) imediatas; e d) o intraurbano, exponencialmente por intermédio do transporte público coletivo. Assim, o contágio doméstico se expande e eleva o número de vítimas fatais, pois atinge as populações das periferias urbanas, das cidades do interior e dos locais em que ocorrem grandes aglomerações de pessoas e baixos indicadores sociais, com destaque para as favelas do Brasil (Silveira et al., 2020, p. 5)

Segundo Harvey (2020), a COVID-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, gênero e raça, submergindo seu olhar afundo na relação entre pandemia e capitalismo, analisando através dos noticiários cotidianos, a fluidez do capital lucrativo e acumulativo diante

da economia capitalista e suas contradições. O que notamos é que a pandemia, no caso do Brasil, escancarou as desigualdades sociais, as classes vulneráveis economicamente ficaram ainda mais vulneráveis sem emprego, e a depender de auxílios financeiros do Estado, que não chegou a todos e os valores pagos não garantiam a segurança alimentar (Ferreira, 2023)

Além disso, para Alencar (2020), a pandemia destacou as desigualdades sociais existentes e as exacerbou. Grupos socioeconômicos marginalizados enfrentaram um impacto desproporcional da COVID-19, refletindo disparidades já existentes anteriormente de saúde como o acesso a cuidados médicos e condições de vida dos trabalhadores. De acordo com Alencar (2020) pela subestimação do Estado e a desigualdade social o SARS-CoV-2, encontrou no Brasil, um território ideal para se propagar, ainda que parcela da população possua empregabilidade estável fique em isolamento, outra formada por trabalhadores autônomos, sofrem por não ter a mesma oportunidade.

Essas condições coincidem com as da classe trabalhadora brasileira, visto que no Brasil, a classe trabalhadora é inerente ao modo de produção escravista colonial brasileiro, marcado pela dominação, exploração e dentro dessas categorias sub-humanas não se distingue os Estados Unidos, percebe-se que o capitalismo age da mesma forma na vida da classe operária, independentemente da localização, essa se torna mais prejudicada diante da pandemia (Ferreira, 2023).

Diante disto, a interseção entre a saúde e justiça social, evidenciando como fatores como raça, classe, gênero e localização geográfica podem influenciar nos resultados de saúde durante a pandemia, além das áreas urbanas densamente povoadas que muitas vezes enfrentam desafios adicionais, devido à rápida disseminação do vírus, enquanto nas áreas rurais, dificuldades de acesso e cuidados médicos adequados.

Em resposta à pandemia, tiveram implicações espaciais e sociais como as medidas de distanciamento social, restrições de viagens, lockdowns e outras intervenções que tiveram impactos significativos na interação das pessoas com o espaço físico e entre si. As restrições impostas às atividades sociais e econômicas, levantaram questões sobre isolamento social, saúde mental e desigualdades econômicas (Ferreira, 2023).

O trabalho remoto tornou-se generalizado, transformando assim as dinâmicas imobiliárias e criando novos padrões de migração e uso do espaço urbano. A pandemia evidenciou a importância da colaboração e coordenação entre diferentes escalas espaciais e atores sociais (Ferreira, 2023).

Relacionado à isto, a pandemia da COVID-19 reforçou a dependência entre a saúde, o espaço e a sociedade e como os desafios de saúde pública estão ligados às condições sociais e

econômicas, e como a gestão municipal interage com a complexidade das interações entre os sistemas sociais e a saúde em Catalão.

Albuquerque (2013), conclui que as políticas públicas, fazem parte da organização do espaço e para compreendê-las, torna-se fundamental a compreensão do que é Região e Regionalização, pois anteriormente, esses conceitos fornecem uma base fundamental para entender as características, necessidades e dinâmicas específicas de áreas geográficas delimitadas. Ao compreender as diferentes regiões e suas peculiaridades, os gestores das políticas públicas e urbanistas, podem desenvolver planos mais específicos e ativos.

Para compreender quais políticas públicas atendem as necessidades para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 em Catalão, precisa-se definir o que é produção do espaço, e como o mesmo é organizado pelo Estado para implantar e desenvolver políticas públicas, no caso em questão, no setor da saúde como direito da população, pois

No seio dos efeitos sociais, devidos concretos vêm completar os direitos abstratos do homem e do cidadão inscritos no frontão dos edifícios pela democracia quando de seus primórdios revolucionários; direito das idades e dos sexos (a mulher, a criança, o velho), direito das condições (o proletário, o camponês), direitos à instrução e à educação, direito ao trabalho, à cultura, ao repouso, à saúde, à habitação. Apesar, ou através das gigantescas destruições, das guerras mundiais, das ameaças, do terror nuclear. A pressão da classe operária foi e continua a ser necessária (mas não suficiente) para o reconhecimento desses direitos, para a sua entrada para os costumes, para a sua inscrição nos códigos, ainda incompletos (Lefebvre, 2008, p. 116-117)

Portanto, a pandemia trouxe questões sobre o direito à cidade e trouxe à tona discussões sobre a adaptação às falhas na saúde pública e o redesenho dos espaços urbanos para atender às necessidades emergentes dos habitantes.

Desta forma, as medidas de distanciamento social e restrições de mobilidade implementadas em determinadas áreas geográficas afetaram o funcionamento de estabelecimentos comerciais e a dinâmica socioeconômica dessas regiões, impactando diretamente o bem-estar e a subsistência das comunidades locais. Assim, as políticas de ordenamento territorial da saúde, desempenham um papel crucial na gestão de crises de saúde pública, moderando os efeitos adversos dessas crises sobre o espaço geográfico e a população.

Para Haesbaert (2006), o conceito de “ordenamento territorial” está ligado às políticas associadas à uma fragmentação na forma como o território é planejado e gerido, com diferentes setores e escalas de governo, muitas vezes trabalhando de forma independente um do outro. Essa falta de integração pode levar à ineficiência das políticas públicas e no uso eficiente dos recursos territoriais, como cita o autor

O “ordenamento territorial” e o planejamento e/ou as políticas que o acompanham seguiram rumos semelhantes, assimilando abordagens mais micro ou setoriais, não integradoras, de tratamento do espaço geográfico. Antes de tecermos algumas considerações atinentes de forma mais direta ao ordenamento territorial é importante, contudo, ter um entendimento mínimo do que ocorreu com nossas concepções de espaço – que dizem respeito, diretamente, às concepções correlatas de território e ordem, inicialmente destacadas (Haesbaert, 2006, p. 118).

Para este autor, existem objetivos para que haja um reordenamento mais consistente e coerente com a realidade social, como:

- a) diminuir as desigualdades sócio-espaciais e o correspondente grau de exclusão sócio-econômica da população, incluindo aí não apenas a melhoria das condições materiais em sentido mais estrito mas também a acessibilidade às conexões que estimulam hoje a formação de redes ou de articulações extra-locais, única forma de efetuar e de consolidar mudanças substanciais;
- b) aumentar o nível de democratização e representatividade dos espaços políticos a partir tanto da descentralização espacial do poder quanto da tomada de decisões com efetiva participação, seja da população como um todo, seja de grupos de “experts” locais;
- c) fomentar o comprometimento público com as iniciativas a serem executadas através não apenas do resgate e fortalecimento de identidades territoriais homogêneas, “tradicionais”, mas que dêem conta, efetivamente, também, do amálgama ou combinação específica entre múltiplas identidades culturais “locais”; d) trabalhar sempre num des-re-ordenamento que integre múltiplas escalas, o que envolve não cair nem no localismo paroquialista nem no globalismo generalista, no regionalismo reacionário ou no nacionalismo exacerbado; colocam-se assim, no caso brasileiro, pelo menos quatro escalas básicas: a do município, a da meso-região, a dos Estados da federação e a da macro-região (Haesbaert, 2006, p. 121-122).

Nesse contexto, aborda-se o conceito de territórios de saúde, considerados por Faria e Paiva (2019), como a delimitação que incorpora uma população específica, que vive em espaço e tempo determinados. Essa população apresenta problemas de saúde bem definidos, mas geralmente influenciados por fatores mais amplos. Desse modo, escolher a participação social no contexto da saúde implica entender a presença de configurações sociais específicas, bem como a interdependência e o equilíbrio de tensões dentro da própria comunidade.

A categoria território é um conceito muito importante na gestão da saúde, tanto em nível nacional, como o Ministério da Saúde, quanto localmente. O território não deve ser visto apenas como uma área geográfica delimitada, mas sim como uma unidade com múltiplos aspectos, que vão além de uma simples definição espacial. Assim, o território é definido também a partir de uma estrutura dinâmica, que se transforma continuamente no processo de inclusão e exclusão social, refletindo as mudanças e desigualdades que ocorrem na sociedade. O papel do território

na qualidade de vida é fundamental, pois ele atua como um fator dinâmico na busca por melhorias. A distribuição de bens civilizacionais, como acesso a serviços de saúde, educação e infraestrutura, é diretamente influenciada pela configuração territorial (Silveira, 2013).

Para entender completamente o território e seu impacto na gestão da saúde, Silveira (2013) defende a necessidade de uma visão interdisciplinar. É muito importante transcender as fronteiras da geografia tradicional e incorporar conceitos das ciências sociais, políticas e econômicas. Essa abordagem abrangente permite uma análise mais profunda das interações e das dinâmicas que moldam o território e, conseqüentemente, afetam a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde.

Considerando que os territórios de saúde integram as regiões e as redes de saúde do SUS, mediante processos concomitantes de descentralização e de integração na oferta de serviços públicos de saúde, trataremos a seguir, como as regiões e redes de saúde são estabelecidas no Brasil.

Acerca da regionalização, importa observar que esta se encontra vinculada às dinâmicas territoriais, ao desenvolvimento econômico, às políticas de saúde, ao nível de cooperação entre os agentes públicos da saúde e às configurações regionais específicas de cada estado. A complexidade desse processo na área da saúde é influenciada por elementos como a criação de uma rede uniforme de serviços e intervenções em meio a uma significativa diversidade territorial, a formalização da responsabilidade pública e a regulamentação centralizada, ao mesmo tempo que se preserva a autonomia dos governos locais (Lima et al., 2012).

Nesse contexto, Xavier et al. (2019) compreendem que a configuração das regiões de saúde não seja limitada aos padrões estáticos estabelecidos. Assim, os autores citados sugerem uma metodologia alternativa para configurar as Regiões de Saúde, baseando-se no deslocamento intermunicipal de pessoas para utilizar serviços públicos ou conveniados ao SUS, abrangendo diversas escalas espaciais político-administrativas. Desse modo, apresentam, para a efetivação do acesso a serviços de saúde, a necessidade da consideração a respeito das regiões historicamente constituídas, desconsiderando os limites administrativos.

Landim et al. (2019) consideram que o projeto original do Sistema Único de Saúde (SUS), ao focar na descentralização sem promover a integração regional, dispersou e fragmentou a prestação de serviços, resultando em lacunas assistenciais no Brasil. Além disso, enfraqueceu a capacidade dos governos estaduais em suas funções de coordenação e regulação da rede de saúde.

Abordando as redes de saúde, o conceito diz respeito aos sistemas integrados de serviços e instituições de saúde que trabalham em conjunto para fornecer cuidados coordenados e

contínuos aos pacientes. Essas redes visam garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, acessíveis e eficientes, e geralmente incluem hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde. Sob a perspectiva de Landim et.al., (2019), no território regional, a organização de redes, deveria ultrapassar os limites da distribuição espacial de serviços, já que estaria vinculada às políticas públicas de desenvolvimento regional, voltando-se à redução das assimetrias tanto históricas quanto estruturais.

O modelo conceitual das RAS foi introduzido como um novo paradigma para a organização do SUS no Brasil, sendo adotado pelo Ministério da Saúde e por gestores estaduais e municipais como uma política pública. Essas organizações são compostas por diferentes serviços de saúde interligados por uma missão única, objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes, proporcionando atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária à saúde (Tofani et al., 2021).

Esta atenção é oferecida no momento certo, no local adequado, com o custo adequado, com alta qualidade, de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas sobre a população atendida. Segundo Tofani et al. (2021), esses fatores serviram de base para a formação das RAS e para as redes temáticas que foram posteriormente acordadas entre os gestores do SUS na Comissão Intergestores Tripartite¹ e formalizadas nas portarias correspondentes. Análises do conceito de RAS sob a perspectiva da Teoria da Complexidade² identificam como principais características: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, com a comunicação centralizada na atenção primária; a centralidade das necessidades de saúde da população; a responsabilidade pela atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; e o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

No entanto, a organização das RAS baseia-se nos princípios da teoria econômica de escala e escopo³, onde a ênfase na custo-efetividade, originada do sistema de mercado norte-americano, entra em conflito com a tríade inseparável de universalidade, integralidade e igualdade (Viana et al., 2018).

A estruturação do SUS no Brasil, formou a base essencial com intuito de fornecer o

¹ A Comissão Intergestores Tripartite - CIT é um fórum de na política pública de saúde no Brasil, que promove a negociação, a articulação e a tomada de decisões entre os gestores do SUS (MS, 2024).

² A Teoria da Complexidade de Edgar Morin critica o paradigma da simplificação, que se baseia na redução e abstração, propondo o pensamento complexo e compreender a dimensionalidade das realidades (Arruda et al., 2015).

³ A teoria de Chandler (1990), segrega que as empresas obtêm vantagens competitivas ao diversificar a produção e aproveitar as inovações tecnológicas e organizacionais que permitem expandir suas operações em diferentes áreas de produção (Tigre, 1998, p. 78-79).

acesso universal e completo à saúde. Com seus princípios orientados pela descentralização, regionalização e participação social, o SUS foi criado para lidar com os desafios na saúde e se adaptar a crises de saúde pública, como a pandemia da COVID-19. Contudo, esse acontecimento, revelou as limitações desse sistema em meio a uma crise sanitária global. Diante disso, torna-se fundamental, examinar como as políticas públicas de saúde foram conduzidas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

MOVIMENTO NACIONAL PELA VACINAÇÃO

VACINE-SE CONTRA A COVID-19

O MOVIMENTO NACIONAL PELA VACINAÇÃO JÁ NO RUMO CERTO

CONHEÇA OS GRUPOS PRIORITÁRIOS A PARTIR DE 5 ANOS

- Gestantes e puérperas
- Idosos
- Indígenas
- Doadores de sangue
- Trabalhadores da Saúde
- Pessoas imunocomprometidas

Crianças de 6 meses a menores de 5 anos

Pessoas com 60 anos ou mais

- Pessoas com comorbidades
- Pessoas vivendo em instituições de longa permanência (ILPI e ILI) e suas famílias
- Pessoas privadas de liberdade (acima de 60 anos)

Pessoas com deficiência permanente

- Funcionários do sistema de privação de liberdade
- Adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas
- Pessoas em situação de rua

A vacina contra a COVID-19 está atualizada e disponível. Procure uma Unidade Básica de Saúde e leve a caderneta de vacinação.

Saiba mais em gov.br/vacinacao

BRASIL SEM COVID **SUS+** **MINISTÉRIO DA SAÚDE** **GOVERNO FEDERAL**

Fonte: MS, 2024.

A presente seção, discute as políticas públicas de saúde durante a pandemia da COVID-19, considerando o contexto desta crise sanitária a partir de informações da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas, 2022), do Ministério da Saúde (MS), responsável pela apresentação de medidas nas áreas de intervenção do poder executivo pelo governo, bem como as concepções de Barbosa (2020), a respeito do momento pandêmico, das representações dos adventos e mudanças ocasionadas pelo vírus, considerando a disseminação da doença, inicialmente, na China e da Itália, na Ásia, nos demais países europeus, nos Estados Unidos, na América Latina e finalmente ao Brasil.

Foram também discutidas as ações (des)unificadas nos territórios de saúde, sob o entendimento de Neto et al. (2020), a respeito dos aspectos que se relacionam ao crédito e recursos financeiros privados e relações entre o Estado, mercado e a sociedade, além dos componentes que se relacionam à mudança na opinião pública durante o período da pandemia, citado por Bousquat et al. (2021), que conferiu credibilidade ao SUS após a corrida na saúde para o tratamento dos infectados e enfrentamento da crise. Foram também abordadas as ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade de Catalão/GO, programa colaborativo entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Universidade Federal de Catalão (UFCAT, 2024), vinculado ao Ministério da Saúde.

Deste modo, políticas voltadas à saúde no período pandêmico, esta seção aborda as medidas de distanciamento social, restrições de circulação e programas de testagem. Seguindo as informações do site do Ministério da Saúde (MS), haja visto que houveram investimentos, uma vez que durante a pandemia, houveram trocas na sua gestão e negligência do governo para conter as ameaças do vírus SARS-CoV-2. Assim, a seção busca, compreender os investimentos na expansão da estrutura hospitalar, criação de leitos de UTI e se foram adquiridos equipamentos médicos durante a pandemia da COVID-19 em Catalão.

Além disso, são discutidas questões como a vacinação, iniciada em janeiro de 2021, diminuindo expressivamente o número de óbitos e hospitalizações, reforçando a importância das campanhas de vacinação e imunização na contenção dos impactos da pandemia da COVID-19.

3.1 Contexto da Pandemia da COVID-19

Em dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, em Hubei, localizada na região central da China. A princípio, tratava-se de um suposto novo tipo de coronavírus que não havia sido identificado antes em seres humanos. Após uma semana, no dia 07 de janeiro de 2020, autoridades chinesas confirmavam que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os vírus que causam resfriados, raramente, originavam doenças mais graves como, a COVID-19.

O novo coronavírus foi inicialmente, nomeado 2019-nCoV e recebeu em 11 de fevereiro de 2020, o nome de SARS-CoV-2, sendo assim, responsável por causar a doença nomeada de COVID-19. Ao longo dos anos, sete coronavírus humanos (HCoVs) foram identificados até então: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (esses causando síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (causando síndrome respiratória do Oriente Médio) (OPAS, 2022).

Segundo o site da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a OMS trabalhou com as autoridades chinesas e especialistas globais desde o dia em que foi informada sobre o vírus, para compreender mais sobre a forma que ele afeta pessoas infectadas, como as mesmas podem ser tratadas e o que os países podem fazer para responder de forma positiva ao enfrentamento contra a COVID-19. Em 2020, estava prestando apoio técnico aos países das Américas e recomendando manter o sistema de vigilância em alerta, assim, detectando, isolando e cuidando de forma precoce, os indivíduos infectados com o novo coronavírus. (OPAS, 2022)

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. (OPAS, 2022)

A ESPII é considerada, nos termos do RSI “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (OPAS, 2022).

Ainda de acordo com a OPAS (2022), a atual pandemia marcada pela COVID-19, fica registrada como a sexta na história em que uma ESPII é declarada. As outras foram:

- 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1;
- 5 de maio de 2014: disseminação internacional de poliovírus;

- 8 agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental;
- 01 de fevereiro de 2016: vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas;
- 18 maio de 2018: surto de ebola na República Democrática do Congo.

Há cerca de dois anos atrás, a OMS classificou a doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) como uma pandemia. Isso significou que o vírus já estava circulando em todos os continentes, havendo ocorrência de casos oligossintomáticos (apresentando poucos ou leves sintomas da doença), o que dificulta a identificação dos contaminados. Deste modo, principalmente no Hemisfério Sul, onde está localizado o Brasil, os países deveriam se preparar, com o objetivo de evitar números altos de casos graves e óbitos.

Desde o mês de março do ano de 2020, o estado de Goiás, assim como todo o Brasil, vem passando por transformações no âmbito espacial e econômico, devido a dispersão espacial pelo mundo do novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

Conforme os dados do Ministério da Saúde (MS), o SARS-CoV-2 é um vírus que provoca infecções respiratórias e causa a doença COVID-19, descoberta em 31/12/2019, em Wuhan/China. Com a espacialização mundial da doença, em 11/03/2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou estado de pandemia.

Devido a letalidade da doença e o processo de alta contaminação, os países, em geral, passaram a seguir as orientações da OMS para isolamento e distanciamento sociais, uso contínuo de máscaras e higienização das mãos com álcool 70% ou com água e sabão.

O aumento da quantidade de contaminados e óbitos, as diversas variantes do vírus (Alfa - Reino Unido, Beta - África do Sul, Gama - Brasil, Delta - Índia e Ômicron - África do Sul) e suas respectivas subvariantes, evidenciaram a falta de estrutura de saúde, como a de leitos hospitalares para internações clínicas e de UTI para casos graves, restrições à mobilidade e fechamento temporário de atividades econômicas não essenciais, o enfrentamento as ondas/ciclos com intensificação de contaminação e óbitos, o desenvolvimento da vacina e o processo de imunização/vacinação da população a conta gotas, passaram a fazer parte da realidade mundial e por consequência, goiana para conter a pandemia e seus males (OPAS, 2020).

Barbosa (2020) traz reflexões profundas sobre o momento pandêmico, representações dos adventos e mudanças ocasionadas pelo vírus, como as primeiras notificações de pessoas contaminadas pela COVID-19 no Brasil em fevereiro de 2020 (primeiro caso com confirmação oficial foi em 26/02/2020), esclarecendo, a expansão geográfica da doença, seguido das

situações mais graves inicialmente, como da China e da Itália, posteriormente ocupando o continente asiático, países europeus e os Estados Unidos, até “atravessar oceanos e céus” e chegar à América Latina e finalmente ao Brasil.

Pode ser observado que diante de uma pandemia como da COVID- 19, as mudanças sociais se potencializaram negativamente no Brasil, tendo em vista os colapsos urbanos, como as desigualdades sociais e culturais instaladas no país antes do período pandêmico.

Em abril de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) por meio do documento “Instrumentos de Políticas Públicas para o Enfrentamento do vírus da COVID-19: uma análise dos normativos produzidos pelo executivo federal” (Koga et al., 2020), apresentou algumas medidas tomadas nas áreas de intervenção do poder executivo pelo governo, como o fechamento de escolas, fechamento do local de trabalho, cancelamento de eventos públicos, fechamento de transporte público, campanhas de informação pública, restrições ao movimento interno de pessoas, controles internacionais de viagem, medidas fiscais, medidas monetárias, investimento de emergência em saúde e em vacinas (IPEA, 2020).

Outras categorias de medidas federais, foram criadas pelo poder executivo federal, como o estabelecimento de orientações, medidas e mecanismos de gestão e a normatização do que são serviços essenciais neste período, como medidas de quarentena/estado de emergência, medidas coercitivas/punição/criminalização, fechamento da escola, fechamento do local de trabalho/medidas trabalhistas, trabalho remoto, revezamento de turno, adiamento de atividades, férias coletivas, cancelamento de eventos públicos, fechamento de transporte público, campanhas de informação pública, restrições ao movimento interno de pessoas, controles internacionais de viagem/pessoas, medidas fiscais/tributárias, regulatórias/técnicas/produtos, medidas de importação/exportação, crédito e endividamento, medidas monetárias, investimento de emergência em saúde, investimento em vacinas, estabelecimento de orientações/medidas/mecanismos de gestão, medidas de prazos e adiamentos, estabelecimento de serviços essenciais (IPEA, 2020).

As medidas não farmacológicas saem da esfera nacional, e revertem para os municípios. Essa situação é identificada no município de Catalão, que adotou nos momentos de grande contágio, medidas que levassem a redução da transmissão e contaminação entre contaminados e não contaminados. Nesse sentido, decretos municipais foram publicados suspendendo o funcionamento de atividades não essenciais, redefinição de horários e medidas de funcionamento de estabelecimentos, entre outras.

O primeiro decreto (Nº 2.040) data do dia 16/03/2020, suspendeu as atividades industriais, como as das mineradoras e montadoras de veículos e outros tipos de indústrias,

neste vetou temporariamente também as atividades bancárias de atendimento ao público.

Dentre essas ações sugeridas pela OMS, estão as políticas de distanciamento social, como *lockdowns*⁴, restrições de viagens, uso obrigatório de máscaras e proibição de aglomerações, foram implementadas para reduzir a transmissão do vírus e proteger a saúde pública.

Dada a compreensão sobre a importância sobre a Secretaria Municipal de Saúde, torna-se fundamental sua função em um município como Catalão. Durante a vigência da pandemia da COVID-19, a Secretaria Municipal de Saúde de Catalão, foi administrada pelo ex-secretário de saúde Velomar Gonçalves Rios. Em sua gestão, foram executados 16 decretos para o controle da doença, tendo em vista o estado de emergência gerado pela alta dispersão do vírus já durante os primeiros meses pandêmicos. O primeiro decreto do município de Catalão (Nº 2.040) referente a pandemia, foi publicado no dia 16/03/2020 e o último (Nº 2.202) em 03/07/2020, suspendendo algumas atividades como eventos presenciais, visita a presídios e a centros de detenção de menores, aglomeração de pessoas em locais públicos, entre outros (Catalão, 2024).

Devido ao município alcançar mais de 81% da população vacinada com no mínimo duas doses, foi decretado (Nº 1135/2022) em 15/03/2022 a suspensão da obrigatoriedade do uso de máscaras em ambientes abertos sem aglomeração.

3.2 COVID-19: ações (des)unificadas nos territórios de saúde

Durante a pandemia da COVID-19, algumas políticas públicas foram implementadas, variando de acordo com as condições epidemiológicas. Essas políticas foram criadas com o objetivo de enfrentar os desafios impostos pela crise de saúde pública.

Em agosto de 2020, foi publicado no site do Ministério da Saúde, que estava sendo feito o acompanhamento da situação da pandemia da COVID-19 em todo o país e colaborado com as secretarias estaduais e municipais para enfrentar a doença, assim como o papel das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde, que desempenharam um papel crucial nesse apoio, monitorando de perto a situação local e apoiando as iniciativas do Governo Federal que auxiliou estados e municípios no atendimento à população. Esse acompanhamento buscou

⁴ A palavra do lockdown, usada durante a pandemia no Brasil, em inglês, é usada para descrever medidas de confinamento para evitar a circulação de pessoas e disseminação dos vírus (Valente, 2020).

fortalecer as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, incluindo o recebimento e distribuição de insumos essenciais, como medicamentos, EPIs e testes de diagnósticos (MS, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, as Superintendências estavam sendo fundamentais na implementação da rede de saúde local, reforçando parcerias com os gestores territoriais. Essa colaboração tinha sido essencial para garantir o abastecimento de materiais e equipamentos vitais e melhoras às políticas públicas de saúde locais durante a crise da pandemia (MS, 2020).

Diante disso, em setembro de 2020, o ex-ministro da saúde com período de gestão de 16 de maio de 2020 à 23 de março de 2021, Eduardo Pazuello, enfatizou a importância do tratamento precoce aos primeiros sintomas da COVID-19. O ex-ministro destacou, durante um seminário virtual, a necessidade dos pacientes procurarem imediatamente um médico para diagnóstico e acompanhamento clínico adequado. A política de tratamento precoce⁵ foi reforçada, e visou evitar complicações graves da doença (MS, 2020).

Referente à isto, no seminário virtual, o ex-ministro, também apresentou o programa Mentalize, voltado para a saúde mental dos brasileiros diante da pandemia. O seminário discutiu questões médicas e jurídicas relacionadas ao tratamento precoce da COVID-19, visando fortalecer a atuação institucional do Ministério Pública no enfrentamento contra a doença (MS, 2020).

Em outubro de 2020, o Ministério da Saúde, lançou o Projeto VigiAR SUS, uma iniciativa que estabeleceu uma Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública decorrentes da COVID-19 no Brasil. Essa medida teve como objetivo aprimorar e fortalecer as ações locais para uma resposta mais rápida e eficaz ao comportamento do vírus SARS-CoV-2 em diferentes regiões do país (MS, 2020).

O investimento total do Projeto VigiAR SUS, ultrapassou os R\$ 1,5 bilhão e englobou diversas medidas, como detecção precoce, alerta sobre mudanças no cenário epidemiológico local, prevenção e controle da disseminação do vírus, além de notificação imediata dessas informações. Esses recursos do projeto foram distribuídos por todo o território nacional para fortalecer a rede de vigilância epidemiológica em estados e municípios, abrangendo atividades como detecção e monitoramento do vírus, realização de testes, vacinação, pesquisas e confirmação da causa de morte, entre outras ações (MS, 2020).

⁵ Não há uma definição do termo “precoce”, tampouco de “tratamento precoce” nas “Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19”². O “tratamento precoce” consiste em uma diversidade de combinações que incluem, em todas elas, a cloroquina/hidroxicloroquina, a azitromicina, a ivermectina e mais outros medicamentos, variando a composição entre localidades (Floss et al., 2023, p. 2/26)

Do recurso destinado ao VigiAR SUS, foi alocado montante de R\$ 285 milhões para expandir a capacidade de testagem dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e fortalecer toda a rede de vigilância laboratorial, com o intuito de reforçar os serviços de detecção e investigação de surtos, bem como realizar estudos sobre a prevalência do vírus e monitoramento da sua propagação (MS, 2020).

Adicionalmente, esses recursos também foram direcionados para financiar o inquérito Soroepidemiológico PNAD COVID-19 no Brasil. Estava previsto um investimento de R\$ 204 milhões para estimar a taxa de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em 3.464 municípios, envolvendo a participação de aproximadamente 600.000 pessoas. Este estudo representou um dos maiores estudos sobre a dinâmica da COVID-19 no mundo, fornecendo dados essenciais para entender a disseminação da doença no país e planejar estratégias de prevenção, contenção e controle do vírus (MS, 2020).

Houve uma corrida da Ciência em busca de entender a dinâmica de contaminação do vírus, assim como os profissionais de saúde passaram a enfrentar um inimigo muitas vezes imbatível, que levou a morte milhares de pessoas no mundo inteiro. Muitos estudos e projeções surgiram e ganharam as manchetes na imprensa internacional e nacional.

De acordo com a OMS, algumas medidas deveriam ser tomadas para que evitasse a circulação do vírus, pois através da movimentação das pessoas, é causada a mutação do mesmo. Dessa forma, o importante seria que as pessoas se vacinassem com todas as doses necessárias, segundo o esquema de vacinação, continuassem usando máscaras, mantendo a higienização das mãos, deixassem os ambientes bem ventilados sempre que possível e evitassem aglomerações (OPAS, 2022).

Foram criados programas de apoio psicológico e emocional para ajudar a população a lidar com o estresse, a ansiedade e outras consequências psicológicas acarretadas pela pandemia, incluindo serviços de aconselhamento remoto e linhas diretas de apoio.

Outros programas e ações de saúde foram criadas para combater a pandemia da COVID-19, abrangendo desde a distribuição massiva de equipamentos de proteção individual (EPIs) para profissionais de saúde, até a implementação de medidas de distanciamento social e restrições de circulação para conter a propagação do vírus.

Além disso, foram estabelecidos programas de testagem em massa da população, campanhas de comunicação para conscientização sobre a importância das medidas preventivas, como o uso de máscaras e higienização das mãos, e ações para garantir o acesso à vacinação em todo território nacional. Essas iniciativas, visaram, não apenas controlar a disseminação do vírus, como também mitigar os impactos socioeconômicos e sanitários da pandemia,

promovendo a saúde da população.

Políticas públicas como a ampliação da capacidade hospitalar, foram sendo criadas ao longo da pandemia. O governo investiu na expansão e adaptação de hospitais e unidades de saúde para lidar com o aumento da demanda por atendimento médico, incluindo a criação de leitos de UTI e aquisição de equipamentos médicos (MS, 2021).

Haja vista que, em 14/01/2021, a Prefeitura Municipal de Catalão soltou uma nota informativa alegando que todos os leitos do município estavam ocupados e adotaria novas medidas restritivas na cidade, mencionando que o número de óbitos e casos confirmados de COVID-19 estavam crescendo aceleradamente em Goiás, assim como em todos os estados brasileiros (Catalão, 2023). Em geral esses balanços, e a proposição de ações e medidas de restrição de mobilidade estavam acompanhados dos resultados e classificações divulgados boletins epidemiológicos divulgados pela Prefeitura Municipal de Catalão semanalmente no momento mais agudo da contaminação no país, anterior a disponibilização de imunizantes à parte da população catalana.

Em 19/08/2021, a prefeitura fez um balanço dos serviços prestados à população pelo Hospital de Campanha⁶ (HCamp), segundo os dados contava com estrutura hospitalar básica instalada no Hospital Materno Infantil Willian Safatle, atendendo aos casos suspeitos de contaminados pelo SARS-CoV-2 do município de Catalão, mas recebia pacientes de municípios da Região Geográfica Imediata de Catalão e Região de Saúde Estrada de Ferro⁷ (Catalão, 2023).

No espaço havia 10 leitos de enfermaria, 3 leitos de Ventilação Não Invasiva (VNI), 2 leitos de emergência e 3 leitos de observação, totalizando 32 leitos – para atender pacientes com COVID-19 que necessitassem de internação hospitalar e cuidados para os infectados com coronavírus (Catalão, 2023). É importante, dizer que o Hcamp era um hospital de triagem, os casos mais graves eram encaminhados aos hospitais equipados com leitos de UTI, como a Santa Casa de Misericórdia de Catalão, o Hospital e Maternidade São Nicolau e o Hospital Nars Fayad.

Em um ano de prestação de serviços, a equipe do HCamp composta por 100 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, biomédicos, equipe de laboratório, administrativo, limpeza, etc.) realizou 13.500 testes para diagnóstico da COVID-

⁶ O Hospital de Campanha (HCAMP) foi inaugurado em 19/08/2020 e R\$ 1,2 milhão foi o recurso aplicado no novo modelo (CATALÃO, 2023)

⁷ Os 18 (dezoito) municípios da Estrada de Ferro são: Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbáiba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Mazagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutai.

19, atendeu 34.205 pessoas, destas 1.040 foram internadas, 712 curadas e receberam alta, 312 transferidas para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e 17 vieram a óbito da data de sua abertura 19/08/2020 a do seu fechamento 17/08/2021 (Catalão, 2023).

Nos dados levantados, no dia 28/03/2022, Catalão possuía 34 leitos em UTIs e 98 leitos em enfermarias, que foram sendo abertos a medida que aumentava a quantidade de contaminados em estado grave de saúde, tendo 3 (três) hospitais em atividade⁸ no apoio contra a COVID-19, sendo eles:

- A Santa Casa de Misericórdia de Catalão, tinha 05 leitos na UTI, com 4 leitos ocupados e 1 leito bloqueado, tendo 100% de ocupação e na enfermaria 48 leitos, sendo 40 ocupados, tendo no geral 83,33% de ocupação,
- O Hospital e Maternidade São Nicolau, possuía 05 leitos com 1 leito vago e 4 ocupados, tendo 80% de ocupação e 50 leitos e 48 internados na enfermaria resultando em 96% da ocupação total,
- O Hospital Nars Fayad, no mês de março/2022 possuía 17 leitos com 15 pacientes internados, tendo 94% dos leitos ocupados, 1 leito bloqueado e 1 vago (SES-GO, 2022).

Embora os leitos não estivessem 100% ocupados no município de Catalão em 28/03/2022, em alguns momentos da pandemia atingiram o limite máximo, entretanto, após a vacinação de parte da população, reduziu o número de contaminados que necessitassem de internações.

A partir das informações da Agência FIOCRUZ de Notícias, é possível ter uma noção na baixa de casos, ou seja, a vacinação trouxe bons resultados, impedindo que contaminados fiquem em situação grave, e por consequência, reduzindo as internações. De acordo com a FIOCRUZ, o início da vacinação contra a COVID-19 no Brasil, foi em 17 de janeiro de 2021, após 10 (dez) meses do início da vacinação os números de óbitos e hospitalizações causados pela doença, apresentando uma expressiva queda nas últimas semanas do mês de outubro de 2021, assim como o número de leitos de UTI ocupados (FIOCRUZ, 2022).

Segundo os indicativos da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO), em agosto de 2022, haviam leitos na UTI adulta em 3 (três) hospitais de Catalão (Hospital Nars Fayad, Hospital São Nicolau e Santa Casa de Misericórdia). A tabela 1 aponta o número de leitos de enfermaria implantados, vagos, ocupados e bloqueados no município citado em agosto de 2022.

⁸ Os hospitais em atividade em apoio à COVID-19 são: Santa Casa de Misericórdia de Catalão, Hospital e Maternidade São Nicolau, Hospital Nars Fayad (SES-GO, 2022)

Tabela 1- Número de leitos de enfermaria implantados, vagos, ocupados e bloqueados em Catalão/Goiás em agosto de 2022

Municípios	Leitos implantados	Leitos vagos	Leitos ocupados	Leitos bloqueados
Hospital Nars Faid	17	02	12	03
Hospital São Nicolau	05	0	5	0
Santa Casa de Misericórdia	05	0	03	02

Fonte: Adaptado de SES-GO (2022)

Org.: FERREIRA, M. de S. 2022

Em 03/10/2023, o site da SES-GO ainda aponta que Catalão possuía 32 leitos⁹ em UTI. A tabela traz o número de leitos implantados, vagos, ocupados e bloqueados, distribuídos em 3 (três) hospitais do município em outubro de 2023. A tabela 2 apresenta o número de leitos de UTI no município de Catalão em 03 de outubro de 2023.

Tabela 2- Hospitais de Catalão/Goiás: número de leitos de UTI (03/10/2023)

Hospitais	Leitos implantados	Leitos vagos	Leitos ocupados	Leitos bloqueados
Hospital Nars Faid	17	0	9	0
Hospital São Nicolau	10	1	9	0
Santa Casa de Misericórdia	05	0	3	2

Fonte: Adaptado de SES-GO (2023)

Org.: FERREIRA, M. de S. 2023

A tabela 3 traz o número de leitos reservados, vagos, ocupados e bloqueados, distribuídos em 3 (três) hospitais do município em março de 2025.

⁹ Ao fazer a consulta no site da SES-GO tem essa informação, mas não há garantia se esses leitos ainda se mantém ativos recebendo pacientes. [A consulta foi quando? Precisa incluir](#)

Tabela 3 - Hospitais de Catalão/Goiás: número de leitos de UTI em (07/04/2025)

Hospitais	Leitos reservados	Leitos vagos	Leitos ocupados	Leitos bloqueados
Hospital Nars Faid	2	3	26	5
Hospital São Nicolau	2	4	32	0
Santa Casa de Misericórdia	0	5	6	0

Fonte: Adaptado de SES-GO (2025)

Org.: FERREIRA, M. de S. 2025

Ao fazer o comparativo entre o ano de 2023 e 2025, nota-se que o número total de leitos aumentou significativamente de 32 leitos em outubro de 2023 para 85 leitos em abril de 2025 (não havendo leitos destinados a COVID-19). Isso significa que após a pandemia, houve uma reestruturação na rede de alta complexidade com o aumento na quantidade de UTI disponibilizadas à população local e regional, mediante regulação pelo SUS.

Sobre os valores recebidos pelas unidades de saúde de Catalão, assim como em que foram investidos nestas, serão investigados e analisados *a posteriori*.

As desigualdades urbanas foram evidenciadas durante a pandemia da COVID-19, com isso, tornou-se notável a precarização do mercado de trabalho, o trabalho informal e terceirizado, teletrabalho, a uberização, em geral, sem garantias de seguridade social. As disparidades ampliadas em relações trabalhistas instáveis refletem em uma parcela da população que precisa urgentemente de apoio financeiro para garantir sua subsistência diária.

Além das medidas não farmacológicas (como as medidas de distanciamento social), adotadas desde o início da pandemia, o MS, passou a partir do momento que ocorreu a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) das duas primeiras vacinas para uso no país, em 17 de janeiro de 2021, dos imunizantes Coronavac (do laboratório chinês Sinovac em colaboração com o Instituto Butantan) e da Astrazeneca (Universidade de Oxford, elaborada em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz) (ANVISA, 2022). A aprovação das vacinas aconteceu em reunião pública, transmitida em rede nacional, após recomendou-se a vacinação para os grupos prioritários, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.

Estas medidas deveriam ser utilizadas de forma integrada, a fim de controlar a transmissão do SARS-CoV-2, permitindo também a retomada gradual das atividades dos diversos setores da economia e o retorno seguro do convívio social (MS, 2022).

De acordo com o Plano de Operacionalização para a Vacinação Contra a COVID-19 no

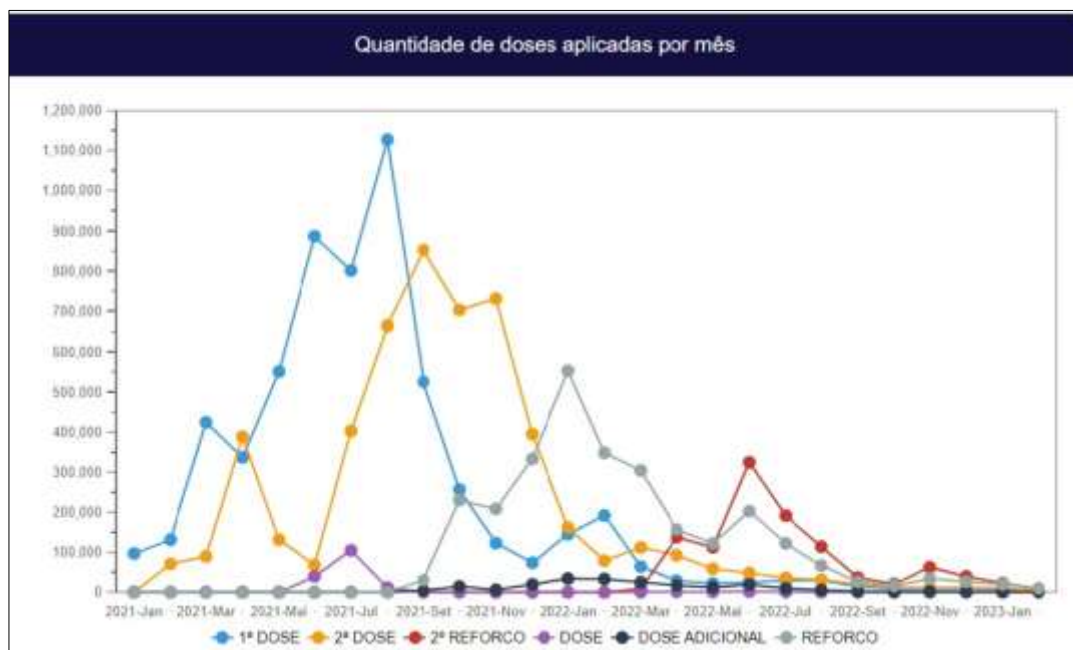
Brasil criado em 06 de janeiro de 2021, por conseguinte no estado de Goiás, os grupos prioritários para vacinação eram:

- trabalhadores da área da saúde (incluindo profissionais da saúde, profissionais de apoio, cuidadores de idosos, entre outros);
- pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas, população idosa (60 anos ou mais);
- Indígenas aldeados em terras demarcadas; comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas; população em situação de rua;
- portadores de morbidades como diabetes mellitus;
- hipertensão arterial grave - difícil controle ou com lesão de órgão alvo;
- doença pulmonar obstrutiva crônica;
- doença renal;
- doenças cardiovasculares e cerebrovasculares;
- indivíduos transplantados de órgão sólido;
- anemia falciforme;
- câncer;
- obesidade grau III;
- trabalhadores da educação;
- pessoas com deficiências permanentes e severas;
- membros das forças de segurança e salvamento;
- funcionários do sistema de privação de liberdade;
- trabalhadores do transporte coletivo;
- transportadores rodoviários de carga e população privada de liberdade (SES-GO, 2022).

Ao observar a figura 5, pode-se notar que entre os meses de junho e setembro de 2021, houve um salto da vacinação da primeira dose, entre junho e dezembro de 2021, houveram mais aplicações da segunda dose e de outubro a janeiro de 2022, a dose adicional foi a mais aplicada em Goiás.

A figura 4 apresenta a quantidade de doses aplicadas no Estado de Goiás de janeiro de 2021 à janeiro de 2023, nesta observamos que a partir de setembro/2022 houve uma redução na aplicação das doses, ou seja, as pessoas não estavam comparecendo para tomar suas doses, conforme o calendário de vacinação.

Figura 4- Estado de Goiás: quantidade de doses por meses, de janeiro de 2021 à janeiro de 2023.



Fonte: SES-GO (2023)

Em relação à vacinação no período supracitado, foram aplicadas 15.768.773 doses no estado de Goiás em 2023, sendo 6.032.460 primeira dose, 5.270.880 segunda dose, 213.438 dose única, 40.003 primeira dose de reforço, 1.107.350 2ª dose de reforço e 17.328 3ª dose de reforço (MS, 2025). Encontraram-se com a 2ª dose da vacinação em atraso 708.814 goianos e com atraso na dose de reforço 2.439.492. A figura 5 apresenta a quantidade de doses por meses no estado de Goiás de janeiro de 2021 à janeiro de 2023

Segundo o site do MS (2025), em 2024 foram aplicadas 116.345 doses no estado de Goiás, sendo 42.528 1ª dose, 13.815 2ª dose, 7.568 3ª dose, 26.930 dose única, 452 doses de reforço, 836 1ª dose de reforço e 214 2ª dose de reforço (MS, 2025). Diante disso, dados mais atuais de 27 de março de 2025 do site do MS, mostram que foram aplicadas 2.954 doses no estado de Goiás, sendo 1.753 1ª dose, 261 2ª dose, 183 3ª dose e 418 doses únicas (MS, 2025).

Ressalta-se que entre os obstáculos significativos à efetividade das medidas de enfrentamento ao COVID-19, como a vacinação para conter o vírus, situou-se o negacionismo causado pelo descaso do próprio interesse do governo, como desviar falhas administrativas, proteger seus interesses econômicos e fazer descaso dos problemas de saúde diante da pandemia, além das falsas informações midiáticas.

De acordo com Hur; Sabucedo; Alzate (2021), o governo federal não implementou uma estratégia preventiva para lidar com a pandemia, surgindo meses depois da China e da Europa. No início da pandemia, não foram adotadas medidas epidemiológicas para a saúde pública, nem foi lançada uma ampla campanha de conscientização sobre os riscos e a prevenção da COVID-

19, envolvendo profissionais do campo psicossocial, como psicólogos e sociólogos, e publicitários, para promover práticas de tolerância ao isolamento iminente. O então presidente na época, Jair Messias Bolsonaro (2018-2022), também não participou de reuniões com chefes de Estados da América do Sul para discutir sobre a pandemia.

Devido à falta de planejamento, as primeiras declarações de Bolsonaro repetiram a mesma estratégia populista usada durante a campanha eleitoral, apelando à união do povo brasileiro e afirmando que "nenhum vírus é mais forte que nosso povo" ou que era "apenas uma gripizinha". No entanto, a retórica da união e da coesão grupal não foi politicamente eficaz para conter a disseminação do vírus, levando o presidente a mudar de abordagem, passando a negar os perigos da doença,

Na tentativa de minimizar os efeitos da COVID-19, o presidente emitiu frases que chocaram a opinião pública. Após as 5.000 mortes, falou: "E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre". Quando o país se aproximava das 10.000 mortes, disse que faria um churrasco para 30 convidados, depois para 3.000 pessoas. Não realizou o banquete, mas na data andou de jet ski (Hur; Sandoval et al., 2021, p. 557).

Tais declarações do chefe do Poder Executivo ocorreram em um dos períodos mais críticos da pandemia, caracterizado pelos picos de óbitos e ondas de casos. A evolução da pandemia de COVID-19 foi marcada por três picos de óbitos: na 30ª semana epidemiológica de 2020, na 14ª de 2021 e na sexta de 2022; e três ondas de casos, começando nas regiões Norte e Nordeste, com maiores taxas na terceira onda, especialmente na região Sul (Moura et al., 2022).

Houve um aumento significativo na demanda por atendimento hospitalar durante a segunda onda, resultando em sobrecarga dos serviços de saúde, especialmente evidente no colapso ocorrido em Manaus. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), a procura por serviços hospitalares foi claramente maior na segunda onda, que também registrou alta mortalidade. Em contraste, a terceira onda viu uma menor procura por hospitais, coincidindo com altas taxas de vacinação e a disseminação da variante menos letal Ômicron, quando a maioria dos casos foi tratada pelos serviços de atenção primária e secundária (Barreto et al., 2021; Sabino et al., 2021).

A vacinação começou na terceira semana epidemiológica de 2021, rapidamente abrangendo a maior parte da população, principalmente nas regiões Sudeste e Sul, o que coincidiu com uma redução na taxa de mortalidade, mas não na de morbidade, durante a terceira onda. No total, foram sequenciados 146.718 genomas, porém isso ocorreu principalmente a partir do início da segunda onda, quando a variante dominante era a Gama. A partir da última

semana epidemiológica de 2021, com a cobertura vacinal próxima de 70%, a variante Ômicron provocou uma avalanche de casos, mas com menos óbitos (Moura et al., 2022).

O Fundo Nacional de Saúde (FNS), publicou em 12 de abril de 2021, que para combater a pandemia da COVID-19, o Governo Federal, fortaleceu a infraestrutura de saúde pública do Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido com o maior sistema público de saúde do mundo e modelo para outras nações, foi expandido como parte da resposta ao novo coronavírus, assegurando cuidados à população brasileira (FNS, 2021).

Na mesma data, o MS, estaria investindo em melhorias na infraestrutura e na qualidade dos serviços de saúde em colaboração com estados e municípios. Isso inclui a abertura de leitos, aquisição e distribuição de equipamentos e suprimentos médicos, reforço em profissionais da saúde, além da compra de vacinas, com o objetivo de garantir resposta ao final do período pandêmico (FNS, 2021).

No estado de Goiás, por meio do Decreto nº 9.848, de 13 de abril de 2021, o Governo Estadual reiterou a situação de emergência na saúde pública no Estado de Goiás até 30 de setembro de 2021, tendo em vista a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Entre outras iniciativas, foram suspensos todos os eventos públicos e privados presenciais de qualquer natureza (Goiás, 2021).

Em 15 de abril de 2021, em Catalão, foi assinado o Decreto Nº 527/2021, que dispunha sobre a situação de emergência na saúde pública do município de Catalão em virtude da COVID-19. O documento reiterou a situação de emergência em saúde pública até 30 de setembro de 2021, reafirmando as determinações de nível Estadual (Catalão, 2021).

O uso de espaços comuns em condomínios verticais e horizontais destinados exclusivamente ao lazer, como churrasqueiras, piscinas, salões de jogos e festas, espaços de uso infantil, salas de cinema e outros equipamentos sociais que propiciem aglomerações, foi severamente restrito para evitar a disseminação do vírus. A visitação a presídios e centros de detenção para menores também foi limitada, exceto nas condições previstas no parágrafo único deste artigo. Da mesma forma, foi restringida a visitação a pacientes internados com diagnóstico de coronavírus, salvo nos casos de necessidade de acompanhamento a crianças. Além disso, atividades em clubes recreativos e parques aquáticos, bem como a operação de cinemas, teatros, casas de espetáculo, boates, salões de festas e jogos foram suspensas para minimizar os riscos de transmissão da doença (Goiás, 2021).

Se em 2020 a expectativa dos órgãos oficiais de saúde era de que os índices de contaminação e adoecimento aumentassem a partir da segunda quinzena de abril de 2020, a realidade brasileira atingiu altos patamares um ano depois, pois em 04/06/2021, 470.842

pessoas tiveram óbitos confirmados por COVID-19 no país. Os maiores registros de notificações de casos novos em um único dia, com 100.158 casos no dia 25 de março de 2021 e de novos óbitos (4.249 óbitos) em 8 de abril de 2021 (MS, 2021).

Em 25 de abril de 2021, houve uma reunião visando unir esforços do setor público para o enfrentamento da pandemia. Nessa reunião, o ministério da saúde, como presidente do Conselho da Saúde Suplementar (CONSU), lançou uma Consulta Pública para integrar as ações de Saúde Suplementar às do Sistema Único de Saúde (SUS) no combate à pandemia da COVID-19 (MS, 2021).

Concomitante à isto, a Política Nacional de Saúde Suplementar (PNSS-COVID-19), fundamentou-se em princípios como a consideração pela dignidade humana, a gestão responsável dos recursos financeiros e a identificação da vulnerabilidade da população. Essa iniciativa, definiu a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regular o setor, com o propósito de unificar e melhorar as iniciativas da saúde suplementar (MS, 2021).

Em 28 de novembro de 2021, o Decreto N° 9.854 trouxe novas determinações, como bares e restaurantes seguir protocolos específicos de biossegurança, estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde. Além disso, com horário de funcionamento das 11 às 23 horas e ocupação máxima limitada a 50% de sua capacidade. Os empregadores na construção civil deveriam fornecer transporte aos empregados que utilizavam transporte coletivo, exceto para obras relacionadas à energia elétrica, saneamento básico, hospitais, penitenciárias, sistema socioeducativo, infraestrutura pública e aquelas de interesse social (Goiás, 2021).

Empregadores de estabelecimentos industriais deveriam fornecer transporte aos empregados que utilizavam transporte coletivo. Eventos corporativos só poderão ser realizados após deliberação da Secretaria de Estado da Saúde. As condições deste Decreto poderiam ser revistas a qualquer momento, conforme a análise epidemiológica, a capacidade operacional de assistência ou o risco de uma terceira onda da COVID-19 (Goiás, 2021).

Programas de testagem em larga escala foram implementados para identificar casos positivos de COVID-19, rastrear contatos e conter a propagação do vírus. Isso incluiu, a instalação de postos de testagem, campanhas de conscientização e distribuição de testes rápidos (MS, 2022).

Diante da pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde, implementou diversas estratégias para lidar com uma das mais significativas crises de saúde global. Uma das iniciativas foi a aquisição e distribuição de testes para monitorar a propagação do vírus pelo país. Durante o período de março de 2020 até o início de dezembro de 2022, mais de 102

milhões de testes foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os estados, municípios e o Distrito Federal (MS, 2022).

Governos em todo o mundo lançaram campanhas de vacinação em massa para imunizar a população contra o novo coronavírus. Isso envolveu a distribuição de vacinas, organização de pontos de vacinação e comunicação sobre a importância da vacinação. Segundo o Ministério da Saúde (2022), até dezembro de 2022, o investimento destinado à proteção contra a COVID-19, havia ultrapassado os 38 bilhões de reais, mais de 568 milhões de doses haviam sido distribuídas e 80% da população haviam recebido o esquema vacinal primário completo.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2022), estima-se que de 27/03 à 02/04/2022, 92,7% (454.955.662/490.664.062) dos infectados por COVID-19 no mundo se recuperaram. Em termos de percentuais mundiais, o Estados Unidos teve o maior número de recuperados (78.613.553 ou 17,3%, seguido por Índia (42.481.259 ou 9,3%, Brasil (28.758.676 ou 6,3%, França (23.614.431 ou 5,2% e Reino Unido (19.600.587 ou 4,3% do percentual mundial).

Observando a realidade do Estado de Goiás, desde março de 2020, os municípios goianos vinham tomando medidas para conter o avanço da pandemia. Catalão, por sediar a Região de Saúde Estrada de Ferro, destacou-se regionalmente nessas ações, assim como liderou a quantidade de casos confirmados e de óbitos, bem como retém a infraestrutura de saúde que atendeu os contaminados, e por consequência, os problemas e as dificuldades decorrentes da pandemia, se apresentaram mais intensificados nesta localidade.

A partir disto, torna-se possível compreender se os princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, foram colocados em prática durante a pandemia da COVID-19 no município de Catalão. A análise dessa questão requer um exame das medidas adotadas pelas autoridades local para garantir o acesso igualitário aos recursos de saúde, como testes para, tratamentos a população, independente de sua condição socioeconômica ou de outros fatores que possam contribuir para a vulnerabilidade.

Ademais, é importante investigar se houve a implementação de estratégias específicas para atender às necessidades das comunidades mais marginalizadas, assim como distribuição justa dos recursos disponíveis. A avaliação desses aspectos proporcionará dados sobre a efetividade das políticas públicas de saúde pública em Catalão durante o enfrentamento da pandemia.

Para Neto et al., (2020), anteriormente à pandemia, já existia uma complexidade de estratégias para o equilíbrio de crédito e recursos financeiros privados e relações entre o Estado, mercado e a sociedade, fazendo com que a partir de 2016, mudasse a configuração das políticas públicas, prevalecendo os interesses econômicos e políticos sobre as necessidades da

população, nesse sentido

Considerando seu contexto geral, as sucessivas crises econômica, política, sanitária e ambiental se acomodaram no país numa espécie de espiral de aprofundamento de suas manifestações mais danosas. De um lado, o interesse e a disponibilidade de crédito e de recursos financeiros privados para o investimento e a retomada do crescimento do país apresentam recuos desde 2008 numa trajetória de altas e baixas pronunciadas. De outro lado, a resposta governamental a partir de 2016 por meio de desestruturação de políticas públicas associada à realização de profundos cortes em gastos públicos (sobretudo os de investimento) e redução da carga tributária aprofundou ainda mais o cenário recessivo. As medidas adotadas pelas autoridades governamentais têm alimentado a expansão dos níveis de desemprego, de pobreza e de desigualdade de renda e ademais conduzem, o que é mais grave, no longo prazo, ao progressivo enfraquecimento da capacidade governamental para lidar com os grandes desafios estratégicos nacionais (Neto et al., 2023, p. 32)

Nota-se que o cenário descrito por Neto et al. (2020), revelou uma conjuntura que entrelaçam os problemas econômicos, políticos e sociais, intensificando as vulnerabilidades socioeconômicas, comprometendo a capacidade do Estado de promover o bem-estar social. Diante disto, a decisão do Estado, poderia ser atribuída em investir em áreas fundamentais como a saúde, educação e infraestrutura, incluindo alternativas e soluções para reverter os problemas e efeitos da crise.

Assim, pensando na problemática das soluções e medidas apontada por Neto et al. (2020), nota-se que as políticas públicas executadas durante a pandemia em Catalão e as questões de saúde se integram aos impactos socioeconômicos e as necessidades específicas da população local. Isso envolve o fortalecimento dos sistemas de saúde locais, garantindo acesso aos serviços de saúde, implementação de medidas de distanciamento social, assim como a educar a população quanto os riscos e as medidas de prevenção ao vírus SARS-CoV-2.

Além disso, políticas de estímulo econômico e apoio financeiro para pequenas empresas e trabalhadores afetados, como os autônomos são essenciais para amenizar os efeitos adversos da pandemia. Esperou-se que durante a pandemia como a da COVID-19, que em um município como Catalão, ocorressem várias mudanças em relação à estrutura hospitalar. Isso inclui a expansão da capacidade de atendimento, com a abertura de novos leitos de UTI e enfermaria destinados ao tratamento de pacientes com COVID-19. Além disso, deve haver um reforço nos estoques de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), respiradores, medicamentos e outros insumos necessários para o combate à doença.

No mais, o implemento de medidas de triagem e controle de acesso nas unidades de saúde, visando reduzir o risco de contágio e garantir a segurança de pacientes e profissionais de

saúde. Essas mudanças ~~são~~ foram essenciais para fortalecer a resposta ao enfrentamento da pandemia e garantir o atendimento adequado à população de Catalão, diante do aumento da demanda por serviços de saúde.

Neste sentido, foram realizadas ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade de Catalão/GO, programa colaborativo entre a SMS e UFCAT O programa Pet-Saúde: Gestão e Assistência (2022-2023), teve a colaboração de estudantes e professores dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Psicologia e preceptores da Secretaria Municipal de Saúde, o programa tem como objetivo integrar o ensino, os serviços de saúde e a comunidade.

Essas ações de prevenção à COVID-19 que incluíam a produção a produção e distribuição de materiais educativos para a população de Catalão com vistas à qualificação das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de fortalecer a Atenção Básica (UFCAT, 2024).

A pandemia da COVID-19, trouxe mudanças na percepção da população sobre o SUS, reconhecendo a importância desse sistema ser bem financiado, tendo em vista as necessidades. A mudança na opinião pública, advinda do período pandêmico, trouxe a credibilidade da importância do SUS após a corrida na saúde para o tratamento dos infectados e enfrentamento da pandemia da COVID-19. O reconhecimento da população no sistema, deve servir como base para políticas futuras que visem fortalecer e garantir a viabilidade do sistema de saúde brasileiro. Em vista do contexto da saúde pública brasileira, torna-se complexo manter a ampliação e os investimentos no SUS, assegurando que ele possa continuar a desempenhar seu papel crucial na saúde pública (Bousquat et al., 2021, p. 13-26).

Essas ações, que foram realizadas durante o período pandêmico, tratavam-se de uma iniciativa pública voltada ao bem-estar, na qual incluía a produção e distribuição de materiais educativos para a população de Catalão. A distribuição desses materiais digitais e impressos, acontecia com a parceria da Universidade Federal de Catalão e demonstrava esforço organizado para fornecer informações importantes à comunidade sobre medidas de prevenção, cuidados com a saúde e outras orientações relacionadas à pandemia.

Entre os municípios da Região Geográfica Imediata de Catalão, o que mais adotou e até redirecionou as ações dos seus vizinhos, foi o município de Catalão. Primeiro por ser sede da Região de Saúde Estrada de Ferro, e segundo por ser o município com maior estrutura médico-hospitalar credenciada para atender suspeitos e contaminados por COVID-19 e terceiro, por regionalizar os setores de serviços, comércio e produção. Mediante informações obtidas no site

da Prefeitura Municipal de Catalão Goiás (2022) e apresentadas no quadro 3, contabilizamos 31 (trinta e um) decretos municipais implementados e efetivados, desde o início da pandemia.

Quadro 3- Decretos municipais implementados e efetivados, do início ao fim da pandemia da COVID-19 em Catalão/GO – 2020 a 2022

Decreto Nº	Data de publicação	Objetivo
2.051	16 de março de 2020	Decreto situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e dá outras providências.
2.322	16 de Outubro de 2020	Faz alteração no Decreto Municipal nº 2202 de 03 de julho de 2020 que decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão.
2.210	de 14 de Julho de 2020	Faz alterações no Decreto Municipal nº 2202 de 03 de julho de 2020 que decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão, em razão da disseminação do novo Coronavírus.
2.177	16 de Junho de 2020	Dispõe sobre adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo Coronavírus.
2.175	16 de Junho de 2020	Faz alteração no Decreto Municipal nº 2087, de 19 de abril de 2020, que decretou situação de emergência na saúde pública no Município de Catalão e dá outras providências.
2.202	03 de Julho de 2020	Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão, Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus e da outras providências.
2.129	26 de Maio de 2020	Faz alteração no Decreto Municipal de nº 2087, de 19 de abril de 2020 que decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e dá outras providências.
2.051	16 de março de 2020	Decreto situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e dá outras providências.
2.119	14 de Maio 2020	Decreto situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão.
2.089	29 de Abril de 2020.	Dispõe sobre a adoção no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (coronavirus).
2.089	29 de Abril de 2020.	Dispõe sobre a adoção no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (coronavirus).
2.086	17 de Abril de 2020	Estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas exclusivamente durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública.
2.087	19 de abril de 2020	Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da

		disseminação do novo coronavírus COVID-19 e dá outras providências.
2.054	23 de março de 2020	2054 Faz alterações no Decreto Municipal de 2040, de 16 de março de 2020 que decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e da Outras providências.
2.057	30 de março de 2020	Decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e da outras providências
182	14 de janeiro de 2020	Em atendimento ao 14º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus, foi assinado na tarde desta quinta-feira (14), o decreto de nº 0182/2021, alterando o decreto de nº 2.202, de 03 de julho de 2020, que dispõe sobre a situação de emergência na saúde.
273	13 de março de 2020	Em atendimento ao 19º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao coronavírus e considerando a nota técnica nº 03/2021 - SES/GO e também que o município de Catalão se encontra localizado na Região da Estrada de Ferro - onde de acordo com o mapa
2.377	22 de dezembro de 2020	Decreto feriados de fim de ano (natal e reveillon)
041	04 de janeiro de 2021	Prorroga os efeitos do Decreto Municipal de nº 2087 de 19 de abril de 2020, que reiterou a emergência descrita no Decreto Municipal nº 2040, de 16 de março de 2020, que decretou situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão e dá outras providências.
124	22 de janeiro de 2021	Em atendimento ao 15º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus, foi assinado na manhã desta segunda-feira (25), o decreto de nº 0184/2021, que dispõe sobre a situação de emergência na saúde pública do município de Catalão.
184	25 de janeiro de 2021	Em atendimento ao 15º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus, foi assinado na manhã desta segunda-feira (25), o decreto de nº 0184/2021, que dispõe sobre a situação de emergência na saúde pública do município de Catalão.
195	08 de fevereiro de 2021	Em atendimento ao 16º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus, foi assinado na tarde desta segunda-feira (08), o decreto de nº 0185/2021, que dispõe sobre a situação de emergência na saúde pública do município de Catalão em virtude da COVID-19.
199	26 de fevereiro de 2021	Em atendimento ao 17º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus e considerando a nota técnica nº 01/2021 - SES/GO, e também que o município de Catalão se encontra

		localizado na Região da Estrada de Ferro.
272	05 de março de 2021	Em atendimento ao 18º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus e considerando a nota técnica nº 03/2021 - SES/GO, e também que o município de Catalão se encontra localizado na Região da Estrada de Ferro.
527	15 de abril de 2021	Em atendimento ao 22º Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao coronavírus e considerando a nota técnica nº 004/2021 - SES/GO, e a recomendação expedida pela 2ª Promotoria de Justiça da Comarca de Catalão-GO aos 02 de março de 2021
528	16 de abril de 2021	O Prefeito Municipal de Catalão – GO, no uso de suas atribuições legais, e, nos termos do art. 44, inciso III, da Lei Orgânica do Município e considerando o 23ª Ato do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus, do Município de Catalão.
693	20 de julho de 2021	Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Município de Catalão, Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus COVID-19 e dá outras providências
739	12 de agosto de 2021	Dispõe sobre a suspensão da realização da tradicional Festa em louvor a Nossa Senhora do Rosário.
971	01 de dezembro de 2021	DECRETO Nº 971, de 01 de dezembro DE 2021 Faz alteração no Decreto Municipal nº 834, de setembro de 2021 que retira a emergência descrita no Decreto Municipal nº 693, de 20 de julho de 2021 que decretou situação de emergência na saúde pública do município de Catalão e dá outras providências.
963	02 de dezembro de 2021	DECRETO Nº 973, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2021 O Prefeito de Catalão-GO, no uso de suas atribuições legais, e, nos termos do art. 44, incisos I, III e V, da Lei Orgânica do Município e demais legislação que rege o assunto e considerando a nota técnica nº 002/2021
1135	15 de março de 2022	Adota a Nota de recomendação nº 001/2022 do Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento do Coronavírus - COVID 19, no âmbito do Município de Catalão/GO, e dá outras providências
1161	31 de março de 2022	Considerando a nota de prevenção, orientação e enfrentamento ao Coronavírus – COVID-19, fica prorrogada a situação de emergência pública no município de Catalão até o dia 30 de junho de 2022.

Fonte: Catalão, 2025

Org.: FERREIRA, M. S., 2025.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2021), com mais de 2 (dois) anos de pandemia, resultou-se a adoção de medidas que devem ser adotadas de forma integrada, a fim

de controlar a transmissão do SARS-CoV-2, permitindo também a retomada gradual das atividades dos vários setores da economia e o retorno seguro do convívio social.

As informações dos números de casos em Catalão, em 11/10/2023, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás revelam 28.951 casos confirmados e 474 óbitos pela COVID-19 até essa data, representando uma taxa de letalidade de 1,52% e haviam 9 óbitos suspeitos em fase de investigação (SES-GO, 2023)

De acordo com a sessão, os efeitos da pandemia da COVID-19 em Catalão, impactou a vida das pessoas dessa região em termos socioeconômicos, redundando em mudanças sociais, através dos decretos, novos meios de socializar, trabalhar e até comportamentais drásticas, interferindo no modo de vida e nas condições econômicas das famílias, como analisado ao longo da sessão no período pandêmico.

Em vista das políticas públicas criadas durante a pandemia para Catalão e demais municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro, torna-se importante fazer uma análise se as mesmas se materializaram em investimentos por meio comparativo com o ano anterior a pandemia (2019) e os anos durante a vigência desta (2020, 2021, 2022) além dos anos de 2023 e 2024 para analisar se houve mudança na estrutura hospitalar e se caso fosse preciso enfrentar uma nova crise, hoje houvesse preparo suficiente para tratamentos como da COVID-19.

Diante das ações (des)unificadas nos territórios de saúde durante a pandemia da COVID-19, torna-se evidente a importância de analisar o impacto dos investimentos em saúde pública no estado de Goiás. Na próxima seção serão abordados os investimentos na saúde pública em Goiás de 2019 a 2022, avaliando como esses recursos foram aplicados em resposta ao sistema de saúde diante a crise da pandemia.

3.3 Investimentos na saúde pública no estado de Goiás de 2019 à 2024

Segundo o Fundo Nacional de Saúde - FNS (2024), os municípios recebem fundos para a manutenção dos serviços de saúde.

O valor de recursos públicos estão distribuídos por níveis/setores de atendimento do SUS, a saber: Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Gestão do SUS, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica e Coronavírus (COVID-19). Sobre a definição de cada um desses níveis de atendimento do SUS, apresentamos o quadro 4 de serviços e níveis de atendimento.

Quadro 4: Definição, composição e carteira de serviços em níveis de atendimento do SUS – Brasil

Níveis	Definição	Composição	Serviços
Atenção Primária	A Atenção Primária à Saúde - APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.	Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades de Saúde Fluviais, Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e Academias de Saúde.	Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF
Vigilância em Saúde	A Vigilância em Saúde é – SVS, criada em junho de 2003, veio reforçar uma área extremamente estratégica do Ministério, por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica.	Com sua criação, as atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, passaram a ser executadas pela SVS.	Programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores; o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes.
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	São o segundo e terceiro nível de atenção em saúde , sendo locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.	Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada.	Envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.
Gestão do SUS	Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios.	Cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.	Os gestores do SUS ficam responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda população o pleno usufruto do direito a saúde.
Atenção Especializada	A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) é responsável pelo controle da qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo SUS à população, além de identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos no	As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) se encaixam aqui e concentram os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, com capacidade de atendimento de 150 a 450 pacientes por dia, além	Atribue a implementação da política de regulação assistencial do SUS, certificação das entidades beneficentes que prestam serviços complementado a rede de saúde pública, bem como apoiar o

	atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar; domiciliar e segurança do paciente.	disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), e os profissionais do SAMU 192.	desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização do Sistema e a capacidade de sua gestão nas três esferas de governo; a política de sangue e hemoderivados; e a política da pessoa com deficiência.
Assistência Farmacêutica	A Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos é a área responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF	Tem o medicamento como insumo essencial, visando ao seu acesso e ao seu uso racional e garantindo à população o acesso a medicamentos considerados essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Estes medicamentos devem ser seguros, eficazes e de qualidade.
Coronavírus (COVID-19)	A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.	A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos sem sintomas e sintomas com manifestações leves, moderados, graves e críticos.	Os sinais e sintomas mais comuns incluem: febre ou calafrios, tosse, fadiga, anorexia, dispneia, mialgia e dor de cabeça. No entanto, outros sintomas não específicos, como dor de garganta, congestão nasal ou coriza, e dor de cabeça, também foram reportados por casos confirmados de COVID-19.

Fonte: MS, 2025.

A tabela 4 apresenta os valores de custeio e investimentos para a saúde em todos os municípios de Goiás de 2019 a 2021.

Tabela 4 - Valores de custeio e investimentos por níveis para a saúde em Goiás de 2019 a 2021

Níveis	2019	2020	2021
Atenção Primária	R\$ 758.031.752,92	R\$ 756.777.907,35	R\$ 911.489.129,77
Vigilância em Saúde	R\$ 91.443.239,69	R\$ 111.499.928,60	R\$ 123.114.103,34
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.530.466.982,20	R\$ 1.711.497.394,47	R\$ 2.251.623.520,25
Gestão do SUS	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Atenção Especializada	R\$ 39.157.946,64	R\$ 65.592.236,74	R\$ 59.778.663,72
Assistência Farmacêutica	R\$ 40.498.350,03	R\$ 121.571.495,00	R\$ 48.670.354,00
Coronavírus (COVID-19)	R\$ 0,00	R\$ 1.120.885.133,23	R\$ 103.162.508,39

Fonte: Adaptado FNS (2024)

Org.: FERREIRA, M. de S., 2025

A tabela 4 mostra as diferentes categorias de gastos em saúde com valores monetários associados a cada uma delas, totalizando o valor de R\$ 2.459.598.271,48 no ano de 2019, sem gastos destinados a COVID-19. Além disso, apresenta uma diferença notável nos gastos em saúde do ano de 2019 e 2020, respectivamente (FNS 2024).

Entre os valores modificados, houve a diminuição dos gastos da Atenção Primária de R\$ 758.031.752,92 em 2019 para R\$ 756.777.907,35 em 2020. Entre outras mudanças, houveram aumento dos investimentos e custeios na Vigilância em Saúde, na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, na Atenção Especializada e na Assistência Farmacêutica no período pandêmico. Os gastos com a pandemia da COVID-19 aumentaram, significativamente, de R\$ 0,00 (sem pandemia) em 2019 para R\$ 1.120.885.133,23 em 2020, refletindo nos investimentos adicionais feitos para combater a pandemia (FNS 2024).

Referente a diferença de gastos na saúde em todos os 246 municípios do estado de Goiás entre os anos de 2020 e 2021, indicam redução nos investimentos na área da saúde. Entretanto, houve aumento nos gastos com a Atenção Primária, passando de R\$ 756.252.632,59 para R\$ 910.976.005,00, na Vigilância em Saúde houve aumento de R\$ 91.443.239,69 em 2019 para R\$ 111.499.928,60 em 2020 (FNS 2024).

Na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar houve aumento de R\$ 1.530.466.982,20 em 2019 para R\$ 1.711.497.394,47 em 2020 e R\$ 2.251.623.520,25 em 2021. Já na atenção especializada (8,86%), assistência farmacêutica (59,87%) e custeios no enfrentamento da pandemia da COVID-19 (90,80%), houveram redução nos gastos e 2020 para

2021. A tabela 5 apresenta uma redução significativa nos gastos com a COVID-19 de R\$ 876.514.111,25 em 2020 para R\$ 69.738.259,00 em 2021 (FNS, 2024).

Tabela 5 - Valores de custeio e investimentos para a saúde dos municípios de Goiás de 2022 a 2024

Investimentos	2022	2023	2024
Atenção Primária	R\$ 1.078.934.969,45	R\$ 1.194.998.845,59	R\$ 1.404.839.208,68
Vigilância em Saúde	R\$ 146.104.713,74	R\$ 180.138.354,61	R\$ 211.735.454,83
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.944.556.122,97	R\$ 2.309.740.530,33	R\$ 2.826.144.532,04
Gestão do SUS	R\$ 698.227,18	R\$ 241.027.763,36	R\$ 278.568.916,12
Atenção Especializada	R\$ 39.088.376,00	R\$ 59.006.330,00	R\$ 44.136.797,24
Assistência Farmacêutica	R\$ 74.903.025,43	R\$ 85.060.422,75	R\$ 127.272.319,63

Fonte: FNS (2024)

Org.: FERREIRA, M. de S. 2024

De acordo com os dados da tabela 5, os gastos totais em saúde no ano de 2022 (R\$ 2.896.189.099,95) são menores que em 2021 (R\$ 3.029.453.495,14), indicando uma redução nos investimentos na área da saúde de um ano para o outro. Houve diminuição nos gastos com Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Especializada e Assistência Farmacêutica (FNS, 2024).

Os gastos com a COVID-19, diminuíram significativamente de R\$ 69.738.259,00 em 2021 para R\$ 00,00 em 2022, 2023 e 2024. Gastos com Atenção Primária aumentou em 2022, assim como, o valor de gastos com a gestão do SUS teve sua primeira alternância desde 2019, passando de R\$ 00,00 para R\$ 698.227,18 em 2022, seguindo aumentando em 2023 para R\$ 241.027. 763,36 e R\$ 278.568.916,12 em 2024 (FNS, 2024).

De 01 de janeiro de 2025 até 27 de março de 2025, após consulta ao FNS não encontramos valores de investimentos públicos diretos para COVID-19 no estado de Goiás. Os gastos com Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção Primária foram os mais altos durante os primeiros meses do ano, respectivamente R\$ 676.138.331,91 e R\$ 317.062.462,67, seguidos pelos gastos com a Gestão do SUS R\$ 49.719.113,82 e em Vigilância em Saúde com R\$ 41.337.016,49 (FNS, 2025).

Essas diferenças nos gastos na saúde pública via orçamento do SUS no estado de Goiás, indicam mudanças nos investimentos em diferentes áreas da saúde ao longo dos anos de pandemia, refletindo prioridades e problemas específicos enfrentados pelo sistema de saúde público no país. Isso acontece, pois as políticas de saúde estão atreladas as políticas econômicas,

conforme preconiza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Após a pandemia, em Goiás, a maior partes dos gastos direcionam-se para Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção Primária, conforme aponta a tabela 5.

Após analisar os investimentos realizados na saúde pública no estado de Goiás entre 2019 e 2024, torna-se importante examinar como esses recursos influenciaram na saúde pública em regiões específicas.

A próxima seção abordará o cenário da saúde pública na Região de Saúde Estrada de Ferro e Catalão (GO), durante a pandemia da COVID-19, analisando os impactos diretos das políticas públicas e investimentos no enfrentamento da crise sanitária nesse território.

4 SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO DE SAÚDE ESTRADA DE FERRO E EM CATALÃO/GO DURANTE A PANDEMIA COVID-19



Fonte: ZapCatalão , 2025.

A pandemia da COVID-19 representou um dos maiores desafios para o sistema de saúde, onde as desigualdades regionais se tornaram mais evidentes, exigindo respostas rápidas e eficientes dos gestores públicos. No estado de Goiás, a organização do SUS em regiões de saúde permitiu uma ação descentralizada, porém, com variações significativas na capacidade de resposta dos municípios.

Esta seção analisa o enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro, composta por 18 municípios, tendo o município de Catalão como objeto de estudo, investigando seus investimentos públicos e a transparência na gestão dos recursos de forma individual, visto que é o município sede da Região de Saúde Estrada de Ferro por ter uma maior infraestrutura de saúde, maior número de leitos em relação aos anos de pandemia que os demais municípios da região, podendo atender a população de outros municípios.

A Região de Saúde Estrada de Ferro, que abriga 328.728 habitantes (IBGE, 2022) foi uma das que ficaram em estado de calamidade durante o período pandêmico, evidenciando a necessidade de análises regionais para compreender as disparidades no acesso a serviços de saúde e na alocação dos recursos.

Entre os dados trazidos na seção, estão os números de casos confirmados de COVID-19, evidenciando a diferença entre os municípios, pois enquanto Rio Quente (48,14%) e Três Ranchos (37,28%) apresentaram as maiores taxas de incidência em relação à população, Catalão (27,5%) e Caldas Novas (26,74%) mantiveram percentuais mais baixos, possivelmente devido a uma maior estrutura de saúde e ações preventivas.

Na pesquisa sobre os investimentos públicos no enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro e no município de Catalão, foram utilizados os dados epidemiológicos sobre os casos confirmados e óbitos por COVID-19 em Goiás, informações sobre a organização das regiões de saúde e dados sobre os servidores da saúde, como quantidade, cargos e municípios de lotação.

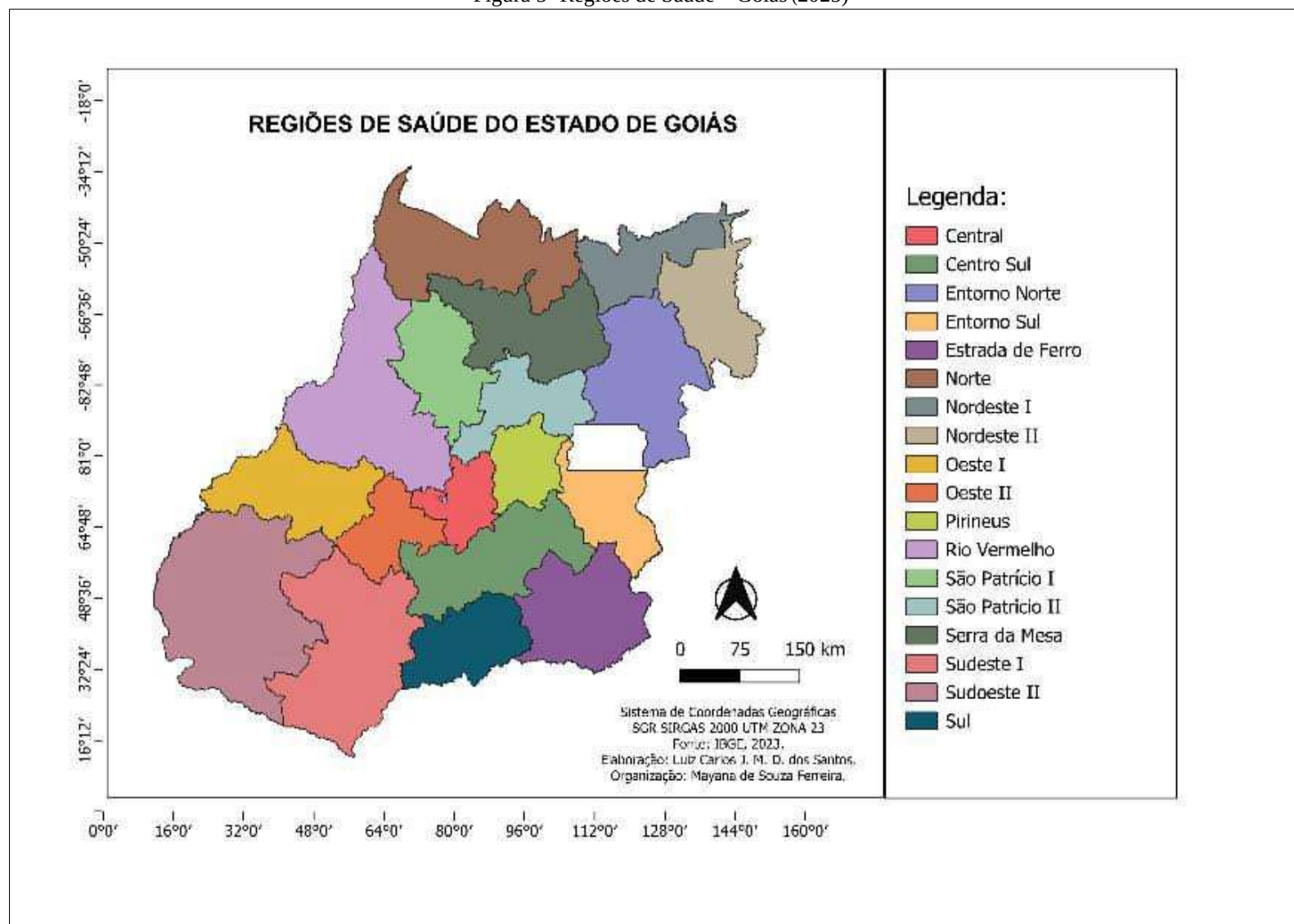
Para fazer a análise dos dados sobre repasses federais para as ações de enfrentamento à COVID-19 e trazer para a pesquisa os valores destinados a atenção primária, de média e alta complexidade, vigilância em saúde e gestão do SUS, foram utilizados dados do FNS e MS.

4.1 Enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro: investimentos públicos

As quantidades de casos de COVID-19 nos municípios de Goiás variaram

significativamente em termos percentuais, em relação à população. No total, até a publicação boletim por parte da Secretaria da Saúde de Goiás, em 16 de fevereiro de 2023, haviam sido registrados 1.886.947 casos de coronavírus, 28.005 óbitos confirmados (Goiás, 2023). Em 31 de março de 2025 a SES-GO havia registrado 2.073.136 casos confirmados para COVID-19 sem publicar o número atual de óbitos na página de indicadores da COVID-19 (SES-GO, 2025). As análises, no entanto, carecem da observação das realidades regionais, considerando que em Goiás a gestão e organização geral dos sistemas de saúde ocorrem a partir da divisão dos 246 municípios em 18 regionais de saúde (Figura 5). Sobre a Regionalização do Sistema de Saúde já abordamos no subtítulo 2.3.1.

Figura 5- Regiões de Saúde – Goiás (2025)



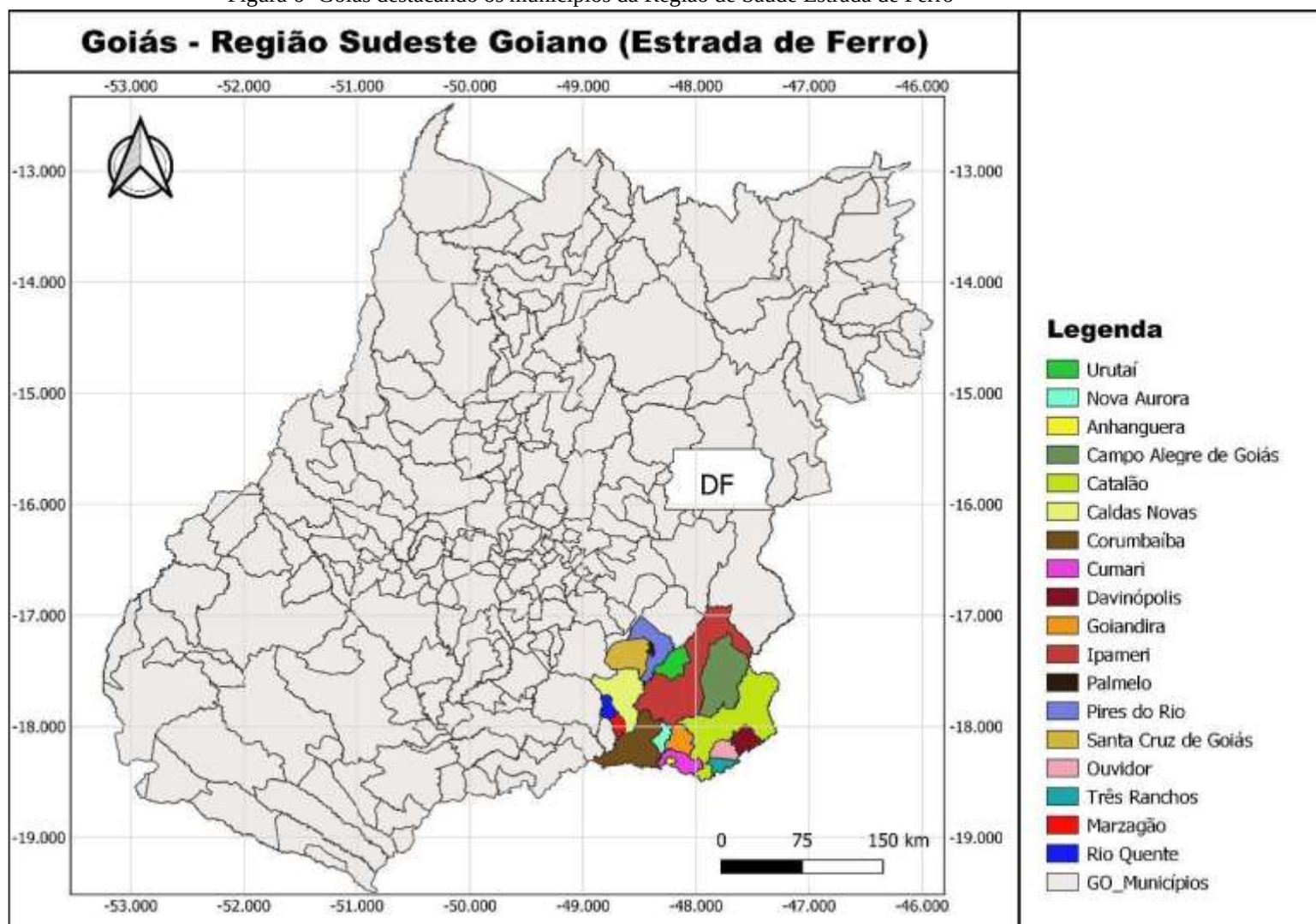
Fonte: Adaptado de Catalão (2024)

Org.: FERREIRA, M. de S. Elab.: dos Santos, L. C. J. M. (2024).

O SUS, em seu processo de universalização, estabelece redes regionalizadas e hierarquizadas. Em 2004, em Goiás, foram definidas 16 regiões de saúde com 16 polos regionais. Posteriormente, com a aprovação de duas novas resoluções – a Resolução 028/2012 – CIB e a Resolução 344/2014 – CIB –, foram criadas mais duas regiões, totalizando 18. Estudos sobre a rede urbana de Goiás indicam que a maioria dos municípios do estado possui uma população inferior a 50 mil habitantes. Entre as 18 cidades que serviam como polos regionais de saúde em 2016, oito estavam nessa faixa populacional, duas possuíam entre 50.001 e 99.999 habitantes, e outras oito apresentavam mais de 100 mil habitantes, incluindo a capital, Goiânia (Pires; Ramires, 2017).

Especificamente considerando a População da Região de Saúde Estrada de Ferro, ela congrega 328.728 habitantes, em 18 municípios (IBGE, 2024). Em 2021, a Região de Saúde Estrada de Ferro, juntamente com as regiões de saúde Entorno Sul, Nordeste II, Oeste I, Rio Vermelho e São Patrício I foram as mais críticas, com situações muito graves tanto na primeira quanto na segunda onda de COVID-19 com a variante Gama (P1). Entre os municípios em situação de calamidade, em 2021, encontravam-se Caldas Novas, Catalão, Três Ranchos e Ipameri, na Região de Saúde Estrada de Ferro (Santana, 2021). A figura 6 apresenta os 18 municípios que compõe a Região de Saúde Estrada de Ferro.

Figura 6- Goiás destacando os municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro



Fonte: IBGE (2020)

Org.: FERREIRA, M. S. (2023)

Elab.: BRITO, D. R. (2023).

Importa, no entanto, considerar que a ausência de informações sintetizadas em alguns municípios aponta para a importância da transparência e da sistematização de dados como ferramentas fundamentais para planejar intervenções eficientes e equitativas. A relação entre a incidência da doença e o investimento realizado torna-se essencial para mitigar desigualdades no enfrentamento da pandemia e proteger populações vulneráveis.

A falta de tais informações dificulta o acesso a informação pública de quanto foi disponibilizado pelo MS ao município, e ainda não deixa claro com o que, por que e quanto se gastou/investiu no ano de 2020. Cabe dizer que o Portal da Transparência foi criado no ano de 2011, pela Lei Federal nº 12.527/2011¹⁰ com o objetivo de deixar claro ao contribuinte onde e em que são realizados os investimentos/recursos públicos, como diz no

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter: I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada; II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos; III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado; IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada; V - informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços; VI - informação pertinente à administração do patrimônio público, utilização de recursos públicos, licitação, contratos administrativos; e VII - informação relativa: a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos; b) ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de controle interno e externo, incluindo prestações de contas relativas a exercícios anteriores (BRASIL, 2011).

A análise dos dados relativos à incidência de casos de COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro revela variações significativas na proporção de casos em relação à população de cada município. Municípios menores, como Rio Quente (41,40%), Três Ranchos (38,44%) e Urutaí (39,97%), apresentam taxas de incidência mais elevadas, possivelmente devido à menor densidade populacional e à concentração de atividades em certos locais que potencializam a transmissão do vírus. Por outro lado, municípios maiores como Catalão e Caldas Novas, apesar de apresentarem números absolutos elevados, mantêm percentuais de incidência mais moderados, respectivamente 26,34% e 28,93%, o que pode ser reflexo de maior disponibilidade de recursos e ações preventivas para controle da pandemia entre 2020 e 2023.

Quanto aos dados por município em relação ao número de casos positivos, entre outras

¹⁰ Acesso em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm

observações da incidência de COVID-19 em cada município, pode-se observar a proporção dos investimentos realizados no atendimento à população na tabela 6.

Tabela 6– Quantidade de casos confirmados nos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (02 de abril de 2025)

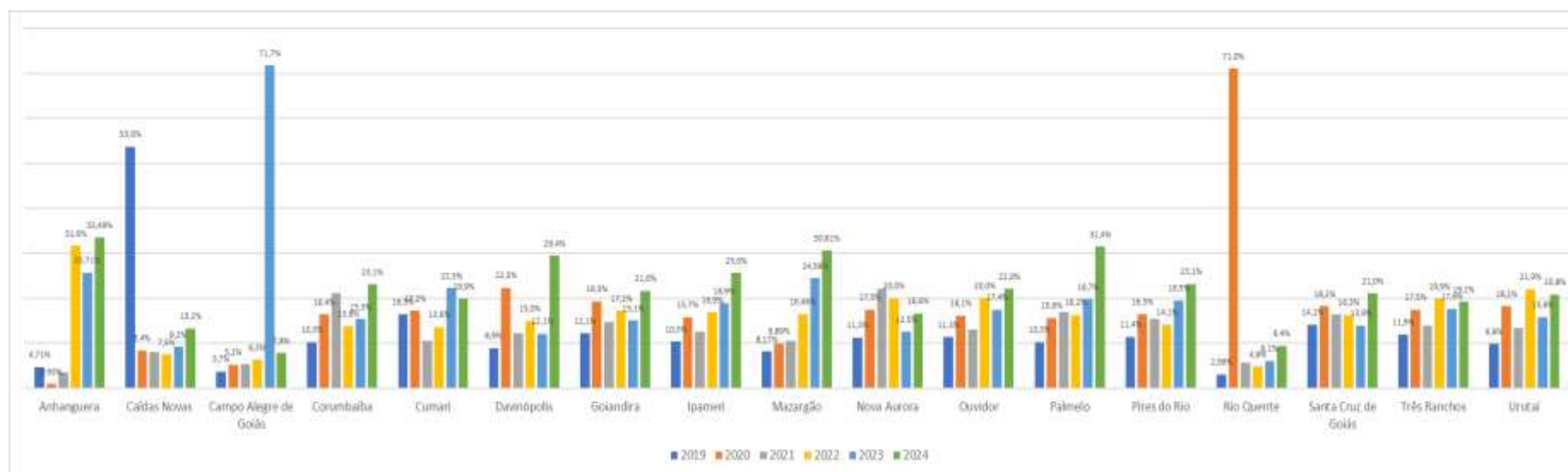
Município	População de 2025	Número de casos confirmados	% Contaminação
Anhanguera	924	303	32,79%
Caldas Novas	98.622	26.374	26,74%
Campo Alegre de Goiás	7.422	985	13,27%
Corumbáiba	9.164	2.759	30,11%
Cumari	2.927	966	33,00%
Davinópolis	1.902	420	22,08%
Goiandira	4.973	973	19,57%
Ipameri	25.578	8.263	32,31%
Marzagão	2.758	770	27,92%
Nova Aurora	2.101	477	22,70%
Ouvidor	7.200	2.183	30,32%
Palmelo	2.259	655	29,00%
Pires do Rio	32.373	9.229	28,51%
Rio Quente	3.864	1.860	48,14%
Santa Cruz de Goiás	3.002	803	26,75%
Três Ranchos	2.921	1.089	37,28%
Urutaí	3.553	1.228	34,56%

SES-GO (2025)

Esses dados sugerem a necessidade de uma análise criteriosa quanto à distribuição de investimentos públicos para atendimento à população. Municípios com altas taxas de incidência, como Marzagão (27,92%) e Cumari (33,00%), podem demandar maior alocação de recursos para infraestrutura de saúde e campanhas de prevenção.

Observando os investimentos públicos realizados na Região de Saúde Estrada de Ferro, no período imediatamente anterior (2019) e durante a crise sanitária (2020 a 2022), observam-se variações significativas entre os anos citados, nos municípios da área de abrangência. As variações ocorridas entre 2019 e 2024 podem ser observadas a seguir (figura 7):

Figura 7 – Investimentos totais em saúde em percentuais- Região de Saúde Estrada de Ferro – 2019-2024



Fonte: FNS (2025)

Verifica-se a existência de uma homogeneidade quanto às variações nos investimentos em saúde no período, sendo que na maioria dos municípios ocorreu uma elevação substancial desses gastos no ano de 2020, em relação a 2019. Em alguns municípios, no entanto, como em Campo Alegre de Goiás, Davinópolis, Nova Aurora e Urutaí, o aumento foi em menor escala entre os anos citados. Em Rio Quente ocorreu uma redução das despesas no período citado.

Compreendendo os aportes de recursos entre 2019 e 2022, as variações destas despesas passaram a ser mais evidentes entre os municípios. Observa-se que em algumas localidades as demandas e os investimentos na estrutura de atendimento à população foram maiores, como construção ou reforma de unidades de saúde, contratação de pessoal, medicamentos e insumos.

Com base nas despesas na saúde de cada município da Região Geográfica Imediata de Catalão¹¹, é de insuma importância mencionar a contratação de trabalhadores/as da área da saúde, afim de evidenciar se houve gastos com profissionais da saúde ou não. O quadro 5 apresenta os cargos e situação dos/as trabalhadores/as na Regional de Saúde Estrada de Ferro, estado de Goiás, no ano de 2022, durante a emergência sanitária pandemia da COVID-19, e em 2025, após fim desta emergência (declarada pelo MS em 21 de maio de 2022). Nota-se que em 2025, teve uma redução de servidores nesta região de saúde, que pode ser devido a aposentadoria de funcionários ou por pedido de exoneração/demissão.

Quadro 5 - Cargos e situação dos/as trabalhadores/as da Regional de Saúde Estrada de Ferro, estado de Goiás – 2022 e 2025

Região de Saúde	Cargo	Situação 2022	Situação 2025
Estrada de Ferro	Agente de saúde pública	3 ativos	1 ativo
	Analista ambiental	1 ativo	Nenhum ativo
	Assistente de gestão administrativa	1 ativo	Nenhum ativo
	Assistente técnico de saúde	2 ativos e 1 de férias	4 ativos
	Atendente de consultório dentário	2 ativo	Nenhum ativo
	Auxiliar de serviços gerais	1 ativo	1 ativo
	Cirurgião dentista	1 ativo	5 ativos
	Enfermeiro	2 ativos	1 ativo
	Fisioterapeuta	1 ativo	Nenhum
	Gestor de fiscalização, controle e regulação	1 ativo	Nenhum
	Médico veterinário	1 ativo	Nenhum

¹¹ Esse tipo de regionalização é do IBGE (regiões geográficas) e não do MS (regiões de saúde), ela não abarca todos dos municípios da Estrada de ferro.

	Técnico em enfermagem	Licença	2 ativos
	Total	17	14

Fonte: SES-GO (2022).

Org.: FERREIRA, M. de S. (2022)

Ainda segundo o Planejamento Regional Integrado (PRI), em 2022, a Região de Saúde Estrada de Ferro, possuía 52 servidores, sendo 18 desses na regional, 34 cedidos, 46 ativos, 4 em férias e 3 de licença

O quadro 6 apresenta os profissionais cedidos aos municípios, além dos cargos e a situação atual (em atividade ou estando em férias ou licença) dos profissionais de algumas áreas da saúde que atuam na Região de Saúde Estrada de Ferro. Ao analisar quantitativamente o percentual de profissionais ativos entre 2022 e 2025, reduziu -89,58 entre o período de pandemia e o de pós-pandemia.

Quadro 6- Profissionais cedidos para trabalhar nos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro, estado de Goiás (25 de junho de 2022 e 23 de março de 2025)

Município	Cargo	Situação 2022	Situação 2025
Anhanguera	Médico	1 ativo	1 ativo
	Auxiliar administrativo	1 ativo	1 ativo
Caldas Novas	Auxiliar de serviços gerais	1 ativo	Nenhum
	Cirurgião dentista	1 ativo	1 ativo
	Médico	Nenhum	1 ativo
Catalão	Auxiliar de laboratório	1 ativo	1 ativo
	Cirurgião dentista	1 de férias e 2 ativos	2 ativos
	Médico	3 ativos	3 ativos
	Fisioterapeuta	1 ativo	Nenhum
Corumbáiba	Cirurgião dentista	1 ativo	1 ativo
Cumari	Enfermeiro	1 ativo	Nenhum
Goiandira	Médico	1 ativo	1 ativo
	Cirurgião dentista	1 ativo	Nenhum
	Executor administrativo	1 ativo	Nenhum
	Assistente técnico em saúde	Nenhum	1 ativo
Nova Aurora	Técnico em higiene dental	1 ativo	Nenhum
Ouvidor	Médico	Licença	1 ativo
	Cirurgião dentista	1 ativo	1 ativo
Palmelo	Técnico de enfermagem	1 ativo	1 ativo
	Técnico de enfermagem	Licença	Nenhum
	Executor administrativo	1 ativo	Nenhum
	Enfermeiro	1 ativo	1 ativo
	Assistente técnico em saúde	Nenhum	2 ativos
	Técnico em saneamento	1 ativo	Nenhum
Rio Quente	Técnico de enfermagem	1 ativo	1 ativo
Santa Cruz de Goiás	Técnico em saneamento	1 ativo	1 ativo
	Auxiliar de enfermagem	1 ativo	1 ativo

	Auxiliar de serviços gerais	1 de férias	1 ativo
Urutaí	Executor administrativo	1 de férias	Nenhum
	Assistente técnico em saúde	Nenhum	1 ativo
Total de servidores cedidos	30	25	24

Fonte: SES-GO (2022)

Org.: FERREIRA, M. de S. (2022)

Cabe ressaltar que os dados de trabalhadores/as da Região de Saúde Estrada de Ferro, foram coletados no site da SES-GO em 2022 durante a pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foram atualizados no site, conforme consta no quadro 6. Por isso, tornou-se inviável encontrar os dados dos admitidos nos anos anteriores a 25 de junho 2022, assim como os anteriores aos disponíveis no dia 24 de março de 2025, data da coleta para atualização do quadro 6 em 2025, visto que, a página é atualizada diariamente. Analisar quantitativamente o quadro e o percentual de cedidos entre 2022 e 2025, reduziu 22,22 entre o período de pandemia e pós pandemia.

Diante disso, serão apresentados os investimentos de cada um dos 17 municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro, dos anos de 2019 a 2024, afim de trazer a resposta se as políticas públicas se materializaram com êxito em investimento para a saúde no período pandêmico ou não. O município de Catalão não é analisado com os demais municípios (tabela 7), mas será analisado separado por ser o recorte espacial de estudo. A tabela 7 apresenta os dados de investimentos totais em saúde dos demais 17 municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (com exceção do município de Catalão), fazendo uma análise dos valores totais destinados a cada município, entre 2019 e 2024, para fins comparativo, se durante o período da pandemia – 2020 a 2022 – houve de fato maiores investimentos nesta região de saúde.

Em 22 de abril de 2022 foi assinada a portaria declarando o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), causada pela pandemia da COVID-19 no Brasil, a declaração de fim da emergência sanitária no Brasil, foi feita pelo ex ministro da Saúde Marcelo Queiroga dizendo que o documento oficializava após 30 dias, ou seja, no dia 21 de maio de 2022, sendo assim, pode-se dizer que a partir dessa data limite no ano seguinte os valores seja parâmetro de comparação de investimento (MS, 2022). Já para a OMS é outra data, pois o seu diretor geral, Tedros Adhanom Ghebreyesus, tomou a decisão de declarar o fim de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), referente à COVID-19 em 05 de maio de 2023 em Genebra, na Suíça (data que será adotada como parâmetro para fim da pandemia), mesmo que em 2023 não houve liberação de recursos/investimentos específicos para COVID-19. Antecipar o fim da pandemia era vantajoso economicamente ao Governo.

Tabela 7 - Investimentos totais em saúde dos demais 17 municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (GO) – (exceto o município de Catalão) de 2019 a 2024

Municípios da Região da Estrada de Ferro	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Anhanguera	R\$ 170.000,00	R\$ 33.391,00	R\$ 127.763,00	R\$ 1.141.145,16	R\$ 927.851,24	R\$ 1.208.381,37
Caldas Novas	R\$ 24.687.0044,12	R\$ 38.778199,16	R\$ 37.007.852,79	R\$ 34.400997,72	R\$ 42.205.301,98	R\$ 60.903.609,27
Campo Alegre de Goiás	R\$ 1.541.300,14	R\$ 2.139.048,30	R\$ 2.188.514,21	R\$ 2.591.374,20	R\$ 2.963.1400,83	R\$ 3.239.534,79
Corumbaíba	R\$ 1.941.972,33	R\$ 3.092.165,39	R\$ 3.992.590,29	R\$ 2.597.727,13	R\$ 2.893.731,46	R\$ 4.357.266,16
Cumari	R\$ 1.605.026,23	R\$ 1.672.336,04	R\$ 1.026.055,03	R\$ 1.324.001,47	R\$ 2.165.253,30	R\$ 1.937.449,97
Davinópolis	R\$ 663.487,82	R\$ 1.661.760,04	R\$ 913.363,61	R\$ 1.117.091,66	R\$ 902.590,67	R\$ 2.194.151,31
Goiandira	R\$ 2.041.280,53	R\$ 3.244.216,84	R\$ 2.466.546,14	R\$ 2.886.441,96	R\$ 2.529.665	R\$3.634.914,49
Ipameri	R\$ 7.555.147,03	R\$ 11.500.960,16	R\$ 9.182.066,13	R\$ 12.330.769,35	R\$ 13.790.922,32	R\$ 18.728.311,68
Mazargão	R\$ 697.537,52	R\$ 844,644,70	R\$ 894.012,43	R\$ 1.404.939,21	R\$ 2.082.236,90	R\$ 2.613.003,05
Nova Aurora	R\$ 913.193,33	R\$ 1.416.302,57	R\$ 1.795.719,79	R\$ 1.618.153,03	R\$ 1.010.405,38	R\$ 1.341.670,44
Ouvidor	R\$ 1.354.937,60	R\$ 1.921.222,29	R\$ 1.564.556,58	R\$ 2.396.271,71	R\$ 2.083.636,61	R\$ 2.634.969,30
Palmelo	R\$ 1.630.933,19	R\$ 2.485.612,06	R\$ 2.691.029,33	R\$ 2.579.644,18	R\$ 3.134.524,13	R\$ 4.992.287,73
Pires do Rio	R\$ 7.212.886,17	R\$ 10.398.535,43	R\$ 9.762.955,31	R\$ 8.879.869,31	R\$ 12.320.141,98	R\$ 14.603.109,72
Rio Quente	R\$ 1.362.220,86	R\$ 2.302.003,09	R\$ 2.600.924,62	R\$ 2.189.290,68	R\$ 2.753.246,93	R\$ 4.257.132,58
Santa Cruz de Goiás	R\$ 1.487.016,49	R\$ 1.919.053,30	R\$ 1.734.472,41	R\$ 1.715.222,55	R\$ 1.467.683,06	R\$ 2.218.526,05
Três Ranchos	R\$ 1.481.678,55	R\$ 2.173.282,15	R\$ 1.727.665,84	R\$ 2.471.634,18	R\$ 2.187.948,77	R\$ 2.387.625,41
Urutaí	R\$ 782.369,72	R\$ 1.451.875,01	R\$ 1.068.526,35	R\$ 1.749.482,43	R\$ 1.260.886,57	R\$ 1.658.911,72

Fonte: FNS (2025)

Org. FERREIRA, M. de S. (2025)

- **Anhanguera**

Conforme análise da tabela 7, em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Anhanguera foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 409.158,52 seguido da Atenção Especializada R\$ 170.224,00 não havendo recurso específico para COVID-19 e Gestão do SUS, em vista que a pandemia ainda não havia sido declarada pela OMS (FNS, 2025).

No ano posterior, 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 464.512,31 e Vigilância em Saúde R\$ 37.530,36. Foi destinado o valor de para COVID-19 de R\$ 385.969,38 e R\$ 0,00 para a Gestão do SUS em Anhanguera (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Anhanguera foi para os serviços de Atenção Primária R\$872.118,37 e Vigilância em Saúde R\$ 71.449,22 não havendo recurso para COVID-19 e Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município seguiu sem receber recurso, enquanto outros serviços como Atenção Primária R\$ 1.113.467,29 e Vigilância em Saúde R\$ 19.817,03 não havendo recurso destinado para COVID-19. ~~OMS~~ (FNS, 2025).

Nesse período, nota-se que o menor valor em recurso foi destinado à Gestão do SUS no município de Anhanguera. Isso pode estar relacionado ao fato de ser o menor município em termos populacional da região de saúde.

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Anhanguera R\$ 831.047,44, seguido de R\$ 63.014,21 para a Gestão do SUS, R\$ 24.489,69 para a Vigilância em Saúde e R\$ 2.520,86 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Anhanguera, R\$ 1.005.166,03, seguido de R\$ 104.038,16 para a Gestão do SUS, R\$ 60.538,82 para a Vigilância em Saúde e R\$ 30.250,32 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (FNS, 2025).

Nos anos durante a pandemia – 2020 e 2023 este município recebeu menos investimentos, se comparado com 2019 (antes da pandemia) em 2022, recebeu quase 7 vezes a mais que em 2019, já em 2023 e 2024 (pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo do atual Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), em seu terceiro mandato (2022-2026), o município segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores e durante à pandemia.

- **Caldas Novas:**

Os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Caldas Novas de 2019 à 2023, foi para os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 16.382.049,42 seguido da Atenção Primária R\$ 5.691.065,56 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 6.668.153,19 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$17.137.412,28. A Vigilância em Saúde R\$ 1.573.133,41, 2 foi destinado o valor de 12.374.263,44 para COVID-19 e R\$ 0,00 para a Gestão do SUS em Caldas Novas (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Caldas Novas, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 22.548.857,30 seguidos da Atenção Primária R\$ 8.530.864,31. No mesmo ano houve recurso para COVID-19 o valor disponibilizado foi de R\$ 2.596.434,00 e não houve para Gestão do SUS como em outros anos (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu apenas R\$ 6.518,16 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 11.072.450,47 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 20.215.399,189 não havendo recurso destinado para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Caldas Novas R\$ 8.831.198,51, a Atenção Especializada recebeu R\$ 199.024,00, seguido de R\$ 2.420.266,80 para a Gestão do SUS, R\$ 2.628.561,90 para a Vigilância em Saúde e R\$ 27.588.394,93 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Em 2024, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior recurso novamente no município de Caldas Novas R\$ 32.950.139,31 seguido da Atenção Primária R\$ 16.602.301,07, Vigilância em Saúde R\$ 4.325.841,52 e Atenção Especializada R\$ 2.166.709,00, a Gestão do SUS recebeu R\$ 4.011.050,77 (FNS, 2025).

De acordo com os dados da tabela 7, os investimentos destinados à saúde do município até 2021 subiram, e em 2022, reduziram. Nos os anos de 2023 e 2024, os recursos voltam a aumentar e ultrapassam R\$ 60.000.000,00 em 2024. Isso evidencia que na gestão Lula, houve uma intensificação dos investimentos, aumentando a qualificação dos serviços de saúde em Caldas Novas (pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo Lula).

- **Campo Alegre de Goiás:**

Os investimentos no município de Campo Alegre de Goiás durante o período de 2019 foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 1.119.789,14 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 264.945,80 seguido da Vigilância em Saúde R\$ 116.650,56 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, em 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 1.064.140,60 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 214.945,80. A Vigilância em Saúde R\$ 1.573.133,41, 2 foi destinado o valor de R\$ 721.701,14 para COVID-19 e R\$ 0,00 para a Gestão do SUS em Campo Alegre de Goiás. A partir desses investimentos públicos notamos que a Vigilância em Saúde foi o segmento do SUS que mais recebeu investimentos em Campo Alegre de Goiás no ano de 2019 (FNS, 2025).

Os maiores gastos em 2021 com a destinação dos recursos enviados para saúde no município, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 283.037,80 seguidos da Atenção Primária R\$ 1.196.209,61. No mesmo ano não houve recurso para COVID e Gestão do SUS como em outros anos (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 0,00 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 2.248.233,74 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 214.945,80 não havendo recurso destinado para COVID-19. Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Campo Alegre de Goiás R\$ 2.249.634,68 a Atenção Especializada recebeu R\$ 179.916,00, seguido de R\$ 188.607,53 para a Gestão do SUS, R\$ 84.882,26 para a Vigilância em Saúde e R\$ 214.945,80 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Campo Alegre de Goiás R\$ 2.590.926,52 seguido da Gestão do SUS R\$ 215.728,50, Vigilância em Saúde R\$ 96.663,17 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 214.945,80 e Atenção Especializada R\$ 0,00 (FNS, 2025).

Conforme os dados da tabela 7, no município de Campo Alegre de Goiás, manteve o crescimento nos investimentos para saúde gradualmente entre 2019 e 2022. A partir de 2023, houve um aumento considerável em relação ao ano de 2020 (R\$ 2.139.048,30), atingindo R\$ 3.239.534,79 em 2024 (pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo Lula).

- **Corumbáiba:**

Os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Corumbáiba, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 1.057.201,33 e Atenção Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 697.576,36 e Vigilância em Saúde R\$ 134.316,30, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 1.119.830,47 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 519.495,36. A Vigilância em Saúde R\$ 114.218,25 e foi destinado o valor de 12.374.263,44 para COVID-19 e R\$ 0,00 para a Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Corumbáiba, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.206.221,36 seguidos da Atenção Primária R\$ 1.588.040,36 . No mesmo ano houve recurso para COVID-19 R\$ 392.774,00 e Vigilância em Saúde R\$ 96.896,94 não havendo recurso voltado para Gestão do SUS como em outros anos (FNS, 2025).

Observamos que, nos anos de 2021 e 2022, os setores que obtiveram mais investimentos públicos na saúde do município de Corumbáiba foi Atenção Primária.

Em 2022, a Gestão do SUS do município recebeu R\$ 1.164,10 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.667.908,63 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 731.495,36 não havendo recurso destinado para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Corumbáiba R\$ 1.401.744,03 a Atenção Especializada recebeu R\$ 249.990,00, seguido de R\$ 154.101,71 para a Gestão do SUS, R\$ 209.669,98 para a Vigilância em Saúde e R\$ 820.373,86 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Corumbáiba R\$ 2.284.337,52 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.4486.971,56 e Vigilância em Saúde R\$ 227.744,76 e Gestão do SUS R\$ 108.383,91 (FNS, 2025).

Entre os anos de 2019 e 2021 os investimentos aumentaram no município de Corumbáiba. No entanto, em 2022, houve uma queda de R\$ 3.992.590,29 em 2021 para R\$ 2.597.727,13 em 2022. De 2023 à 2024, após o fim da emergência sanitária pela OMS, os investimentos voltam a subir de R\$ 2.893.731,46 em 2023 para 4.357.266,16 em 2024.

- **Cumari:**

Os investimentos no município de Cumari durante o período pandêmico de 2019 à 2022.

No município de Cumari em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Cumari foi para os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 135.957,04 seguido da Atenção Primária R\$

800.990,61 não havendo recurso para COVID-19 e Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu 825.002,52 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 139.957,04. Foram destinados os valores de 626.456,24 para COVID-19 e R\$ 0,00 para a Gestão do SUS em Cumari (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Cumari foi para os serviços de Atenção Primária 1.083.906,79 e tratamento direto da COVID-19 R\$ 210.000,00. A Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$100.457,04, não havendo recurso destinado à Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu apenas R\$ 349,23 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.034.557,09 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e de R\$ 232.922,33 para a Gestão do SUS, R\$ 113.483,25 para a Vigilância em Saúde e R\$ 191.914,04 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Hospitalar R\$ 183.505,04 não havendo recurso destinado para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Cumari R\$ 1.544.238,80, a Atenção Especializada recebeu R\$ 248.896,00, seguido de R\$ 157.554,72 para a Gestão do SUS, R\$ 100.051,26 para a Vigilância em Saúde e R\$ 95.957,04 para a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Cumari R\$ 1.373.360,15, a Atenção Especializada recebeu R\$ 0,00 (FNS, 2025).

A partir dos dados da tabela 7, notamos que houve variação nos investimentos destinados à saúde do município de Cumari, com redução de 2020 (R\$ 1.672.336,04) à 2021 (R\$ 1.026.055,03) e sem mudança significativa até 2022 (R\$ 1.324.001,47). Os recursos voltam a aumentar em 2023 (R\$ 2.165.253,30), pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo Lula, mas há uma redução no valor de 2024, liberando R\$ 1.937.449,97 para Cumari. Tal redução se explica, por que o hospital municipal estava com funcionamento suspenso temporariamente para uma reforma, entre junho de 2022 e fevereiro de 2024.

- **Davinópolis:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Davinópolis, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 565.463,94 e Vigilância em Saúde R\$ 68.089,22 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, em 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 981.134,32 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 17.786,16 A Vigilância em Saúde

R\$ 58.395,90 e foi destinado o valor de R\$ 367.098,06 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Davinópolis, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 714.061,96. No mesmo ano houve recurso para COVID-19 R\$ 100.000,00 e R\$ 135.394,16 em Vigilância em Saúde (FNS, 2025). Em 2022, a Gestão do SUS do município não recebeu recurso, enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.007.059,58 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 17.786,16 e Vigilância em Saúde R\$ 84.073,51, não havendo recursos para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Davinópolis R\$ 727.826,25, seguido da Gestão do SUS, R\$ 52.882,11, Vigilância em Saúde R\$ 91.741,55 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 17.786,16. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Davinópolis R\$ 1.964.397,83, a Gestão do SUS R\$ 92.996,93, a Vigilância em Saúde R\$ 102.153,79 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 17.786,16 (FNS, 2025).

De acordo com a tabela 7, os valores dos investimentos destinados à saúde do município de Davinópolis aumentaram em 2020 e reduziu de 2021 à 2022 sem mudança significativa até 2023. Observa-se que em 2024 (pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo Lula) os recursos voltam a aumentar significativamente de R\$ 902.590,67 em 2023 para R\$ 2.194.151,31 em 2024.

- **Goiandira:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Goiandira, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 1.168.645,53 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 762.614,36 e R\$ 78.511,84 para Vigilância em Saúde, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 923.138,04 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 941.713,36. A Vigilância em Saúde R\$ 71.801,32 e foi destinado o valor de R\$ 1.274.524,16 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Goiandira, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 997.117,92 e para COVID-19 R\$ 250.000,00. Os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu R\$ 851.639,36 e Vigilância em Saúde R\$ 84.988,52 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 2.886.441,96, enquanto serviços

como Atenção Primária R\$ 1.953.424,43, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 802.062,18 e Vigilância em Saúde R\$ 91.944,37 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Goiandira R\$ 1.272.680,40, seguido da Gestão do SUS, R\$ 154.399,00, Vigilância em Saúde R\$ 72.061,31 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 997485,00. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Goiandira R\$ 2.500.404,53, a Gestão do SUS R\$ 185.321,95, a Vigilância em Saúde R\$ 102.560,01 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 802.485,00 (FNS, 2025).

Entre 2020 e 2022, houve uma mudança nos investimentos neste município entre R\$ 3.244.216,84 em 2020 e R\$ 2.886.441,96 em 2022. Os investimentos voltam a aumentar em 2024 (pós fim da emergência sanitária pela OMS e já no governo Lula) para R\$ 3.634.914,49.

- **Ipameri:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Ipameri, foi para os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 3.641.483,00 e Atenção Primária R\$ 3.409.061,90 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 3678.787,23 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 3.623.742,76. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 347.463,38 e foi destinado o valor de R\$ 3.435.890,35 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Ipameri, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 3.967.249,08 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 4.432.644,24 e R\$ 100.000,00 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 1.746,15 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 5.211.269,53 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 5.443.514,14 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Ipameri R\$ 6.896.516,40, seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 5.296.006,52, Gestão do SUS R\$ 810.286,20 e Vigilância em Saúde R\$ 628.901,76. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Ipameri R\$ 8.270.681,53, seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

R\$ 8.248.247,7, da Gestão do SUS R\$ 1.040.446,34, e Vigilância em Saúde R\$ 775.002,46 (FNS, 2025).

Nos anos durante a pandemia – 2020 (R\$ 11.500.960,16) e 2021 (R\$ 9.182.066,13), este município recebeu mais investimentos, se comparado com 2019 (R\$ 7.555.147,03) (antes da pandemia) em 2022 (R\$ 12.330.769,35), recebeu quase 2 vezes a mais que em 2019, já em 2023 (R\$ 13.790.922,32) e 2024 (R\$ 18.728.311,68) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), o município segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores à pandemia e até mesmo durante a pandemia..

- **Mazargão:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Marzagão, foi para os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 189.762,40 e Atenção Primária R\$ 434.123,73 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 409.394,92 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 89.762,40. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 58.537,37 e foi destinado o valor de R\$ 273.645,85 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Marzagão, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 510.284,20 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 80.484,51 e R\$ 200.000,00 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 582,05 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.127.167,04 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 191.762,40 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Mazargão R\$ 1.337.853,91 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 322.091,40 Gestão do SUS R\$ 182.806,11, Atenção Especializada 162.850,00 e Vigilância em Saúde R\$ 63.331,32. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Mazargão R\$1.492.837,35, seguido da Atenção Especializada R\$ 510.622,00 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 178.924,40 , da Gestão do SUS R\$ 278.657,15, e Vigilância em Saúde R\$ 78.321,84 (FNS, 2025).

Nos anos durante a pandemia – 2020 (R\$ 844.644,70) e 2021 (R\$ 894.012,43), este município recebeu mais investimentos, se comparado com 2019 (R\$ 697.537,52) (antes da

pandemia). Em 2022, os recursos aumentaram (R\$1.404.939,21) e em 2023 (R\$ 2.082.236,90) e 2024 (R\$ 2.613.003,05) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), o município recebeu mais investimentos que nos anos anteriores e durante à pandemia.

- **Nova Aurora:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Nova Aurora, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 799.555,38, Vigilância em Saúde R\$ 54.136,95 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 929.199,42 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 58.537,37 e foi destinado o valor de R\$ 386.223,87 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Nova Aurora, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 1.484.058,22, Vigilância em Saúde R\$ 51.557,77 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44 e R\$ 200.000,00 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 0,00 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.504.984,83 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Nova Aurora R\$ 822.324,45 seguido da Gestão do SUS R\$ 69.840,18, Vigilância em Saúde R\$ 58.310,35 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Nova Aurora R\$1.119.736,37, seguido da Gestão do SUS R\$ 84.764,35, Vigilância em Saúde R\$ 71.846,96 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 46.891,44 (FNS, 2025).

Nos anos de 2020 (R\$ 1.416.302,57) e 2021 (R\$ 1.795.719,79), este município recebeu mais investimentos, se comparado com 2019 (R\$ 913.193,33) (antes da pandemia) em 2022 (R\$ 1.618.153,03) , já em 2023 (R\$ 1.010.405,38) houve uma redução e em 2024 (R\$ 1.341.670,44) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), o município recebe mais investimentos que nos anos anteriores à pandemia.

- **Ouvidor:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Ouvidor, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 835.401,79, Vigilância em Saúde R\$ 95.538,88 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 388.567,16 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 863.128,14 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 188.567,16. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 92.665,88 e foi destinado o valor de R\$ 737.525,83 para COVID-19, não havendo recurso voltado à Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Ouvidor, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 971.084,75, Vigilância em Saúde R\$ 210.784,29 e Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar R\$ 188.567,16 e R\$ 98.641,00 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 116,41 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.477.154,76 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 744.158,16 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Ouvidor R\$ 1.510.052,21 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 388.567,16 e Vigilância em Saúde 145.681,96, a Gestão do SUS não recebeu recurso no mesmo ano. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Ouvidor R\$ 2.015.672,18, seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 377.134,16 e Vigilância em Saúde R\$ 160.575,31 (FNS, 2025).

Conforme a tabela 7, nos anos durante a pandemia – 2020 e 2021, este município recebeu mais investimentos, se comparado com 2019 (R\$ 1.354.937,60) (antes da pandemia) em 2022, já em 2023 e 2024 (R\$ 2.634.969,30) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores à pandemia.

- **Palmelo:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Palmelo, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 362.202,25, Vigilância em Saúde R\$ 67.401,42 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.187.556,56 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 456.273,24 e Atenção de Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.127.174,88. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 60.473,41 e foi destinado o valor de R\$ 647.642,61 para COVID-19 e 0,00 para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Palmelo, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 745.242,28, Vigilância em Saúde R\$ 65.877,43 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.265.674,88 e R\$ 600.000,00 para COVID-19 (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 698,46 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.093.413,32 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 1.392.516,88 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior recurso no município de Palmelo R\$ 1.447.305,38 seguido da Atenção Primária R\$ 1.211.508,18, Gestão do SUS R\$ 368.748,57 e Vigilância em Saúde R\$ 92.914,08. Em 2024, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior recurso novamente no município de Palmelo R\$ 2.433.112,88, seguido da Atenção Primária R\$ 1.823.599,17 e Atenção Especializada R\$ 323.812,00, Gestão do SUS R\$ 281.577,49 e Vigilância em Saúde R\$ 110.362 (FNS, 2025).

Conforme a tabela 07, nos anos de 2020 e 2021, este município recebeu mais investimentos que 2019 (R\$ 1.354.937,60) (antes da pandemia) em 2022, já em 2023 e 2024 (R\$ 2.634.969,30) (pós fim da emergencia sanitária da OMS e já no governo Lula), o município segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores à pandemia.

- **Pires do Rio:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Pires do Rio, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 3.399.161,58, Vigilância em Saúde R\$ 402.685,84 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 3.236.898,58 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 3.732.412,06 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 2.521.613,16. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 442.213,93 e foi destinado o valor de R\$ 3.150.837,08 para COVID-19 e R\$ 0,00 para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Pires do Rio, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade

Ambulatorial e Hospitalar R\$ 4.829.216,46 e Atenção Primária R\$ 4.263.293,99, Vigilância em Saúde R\$ 482.374,42 e R\$ 0,00 para COVID-19 e Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 9.662,03 e a Vigilância em Saúde R\$ 612.421,59 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 4.813.213,89 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 3.229.350,72 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Pires do Rio R\$ 6.517.595,53 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 4.149.048,20, a Gestão do SUS R\$ 773.646,90 e Vigilância em Saúde R\$ 694.249,15. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Pires do Rio R\$ 6.726.200,75 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 5.345.901,81, Gestão do SUS R\$ 1.209.794,10 e Vigilância em Saúde R\$ 840.850,10 (FNS, 2025).

Durante a pandemia, este município recebeu mais investimento em 2020 (R\$ 10.398.535,43) e 2021 (R\$ 9.762.955,31), se comparado com 2019 (R\$ 12.320.141,98) (antes da pandemia), já em 2023 o valor aumenta significativamente (R\$ 12.320.141,98) e em 2024 (R\$ 14.603.109,72) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), o município segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores e durante à pandemia.

- **Rio Quente:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Rio Quente, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 977.514,92, Vigilância em Saúde R\$ 78.378,95 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 283.362,32 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 743.526,79 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 315.490,32. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 64.753,24 e foi destinado o valor de R\$ 1.151.724,02 para COVID-19 e R\$ 0,00 para Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Rio Quente, foi para os serviços Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar R\$ 423.712,54 e Atenção Primária R\$ 1.979.953,12, Vigilância em Saúde R\$ 70.397,71 e R\$ 100.000,00 para COVID-19, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 116,41 enquanto serviços

como Atenção Primária R\$ 1.302.166,63 e Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar R\$ 555.061,64 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Rio Quente R\$ 1.471.713,87 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 836.721,14, a Gestão do SUS R\$ 773.646,90 e Vigilância em Saúde R\$ 150.176,64 e Atenção Especializada R\$ 99.914,00. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Rio Quente R\$ 2.470.500,62, Atenção Especializada R\$ 699.637,00 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 643.072,04, Gestão do SUS R\$ 257.700,12 e Vigilância em Saúde R\$ 151.725,50 (FNS, 2025).

Conforme os dados da tabela 7, em 2020 (R\$ 2.302.003,09) e 2021 (R\$ 2.600.924,62), este município recebeu mais investimentos, comparado com 2019 (R\$ 1.362.220,86) (antes da pandemia), já em 2023 o valor continua aumentando (R\$ 2.753.246,93) e 2024 (R\$ 4.257.132,58) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), os investimentos aumentam. O município segue recebendo mais investimentos em 2024 do que nos anos anteriores e durante à pandemia.

- **Santa Cruz de Goiás:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Santa Cruz de Goiás, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 783.658,37, e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 356.006,53, seguido da Atenção Especializada R\$ 249.954,00 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, em 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 675.707,99 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 261.747,24. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 62.615,33 e foi destinado o valor de R\$ 835.847,39 para COVID-19 e R\$ 0,00 para Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Santa Cruz de Goiás, foi para os serviços Atenção Primária R\$ 970.740,76 e Atenção Especializada R\$ 209.961,00, Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar R\$ 186.747,24, Vigilância em Saúde 66.835,80 e 260.000,00 para COVID-19, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 582,05 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 982.532,47 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 513.201,00 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Santa Cruz de Goiás R\$ 712.819,77 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 376.108,52 , a Gestão do SUS R\$ 253.656,05 e Vigilância em Saúde R\$ 97.202,68. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Santa Cruz de Goiás R\$ 1.272.404,72, Atenção Especializada R\$ 423.812,00 seguido da Gestão do SUS R\$ 212.950,00, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 176.108,52 e Vigilância em Saúde R\$ 80.697,69 (FNS, 2025).

De acordo com os dados, nos anos durante a pandemia – 2020 (R\$ 1.919.053,30) e 2021 (R\$ 1.734.472,41) , este município recebeu mais investimentos, se comparado com 2019 (R\$ 1.487.016,49) (antes da pandemia), já em 2023 (R\$ 1.467.683,06) o valor reduz, e em 2024 (R\$ 2.218.526,05) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula), segue recebendo mais investimentos pós pandemia.

- **Três Ranchos:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Três Ranchos, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 1.018.337,41, Vigilância em Saúde R\$ 67.914,58 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 378.633,52 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2020, a Atenção Primária recebeu R\$ 991.335,58 e a Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar R\$ 519.901,52. A Vigilância em Saúde recebeu R\$ 61.651,66 e foi destinado o valor de R\$ 527.006,71 para COVID-19 e R\$ 0,00 para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Três Ranchos, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 379.901,52 e Atenção Primária R\$ 1.115.178,50, Vigilância em Saúde R\$ 65.648,86 e 150.000,00 para COVID-19, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 0,00 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.892.455,10 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 479.901,52 (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Três Ranchos R\$ 1.435.831,96 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 533.612,52, Vigilância em Saúde R\$ 102.807,05 e Gestão do SUS R\$ 98.982,56. Em 2024,

a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Três Ranchos R\$ 1.313.805,31 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 791.977,52, Gestão do SUS R\$ 212.950,00 e Vigilância em Saúde R\$ 119.659,55 (FNS, 2025).

Os dados da tabela 7 mostram que nos anos durante a pandemia, de 2020 (R\$ 2.173.282,15) a 2021 (R\$ 1.727.665,84), este município recebeu mais investimentos, comparando a 2019 (R\$ 1.481.678,55), antes da pandemia. Em 2023 (R\$ 2.187.948,77) e em 2024 (R\$ 2.387.625,41) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula).

- **Urutaí:**

Em 2019, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município de Urutaí, foi para os serviços de Atenção Primária R\$ 644.808,24, Vigilância em Saúde R\$ 74.318,93 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 45.375,44 não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano posterior, a Atenção Primária recebeu R\$ 918.056,55 e a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar para COVID-19 R\$ 407.383,68, não havendo recurso para a Gestão do SUS (FNS, 2025).

Em 2021, os maiores gastos com a destinação dos recursos enviados para saúde no município Urutaí, foi para os serviços Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 189.818,16 e Atenção Primária R\$ 792.157,54, Vigilância em Saúde R\$ 66.184,82 e R\$ 0,00 para COVID-19, não havendo recurso para Gestão do SUS (FNS, 2025).

No ano de 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 0,00 enquanto serviços como Atenção Primária R\$ 1.453.556,73 e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 189.818,16. Os investimentos foram concentrados principalmente no campo do atendimento hospitalar (FNS, 2025).

Em 2023, a Atenção Primária recebeu o maior recurso no município de Urutaí R\$ 830.911,24 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 189.818,86, Gestão do SUS R\$ 117.421,76 e Vigilância em Saúde R\$ 104.610,61. Em 2024, a Atenção Primária recebeu o maior recurso novamente no município de Urutaí R\$ 1.138.004,10 seguido da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 189.818,16, Gestão do SUS R\$ 177.165,90 e Vigilância em Saúde R\$ 123.685,64 (FNS, 2025).

Conforme os dados da tabela 7 nos anos durante a pandemia – 2020 e 2021, este município recebeu mais investimentos, em 2020 (R\$ 1.451.875,01) e 2021 (R\$ 1.068.526,35) se comparado com 2019 (R\$ 1.749.482,43) (antes da pandemia), já em 2023 (R\$ 1.260.886,57)

e 2024 (R\$ 1.658.911,72) (pós fim da emergência sanitária da OMS e já no governo Lula).

Observa-se que em 2022 o SUS não destinou recursos específicos para COVID-19 nos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro, cabe-se a reflexão que reduziu, pois os recursos passaram a ser destinados para aquisição de vacinas, maior cobertura vacinal da população com mais de 2 doses, não necessitando mais de atendimento emergencial direto em Unidade de Saúde como foi em 2020 e 2021.

Além disso, nota-se uma discrepância nos valores aplicados entre os municípios, o que pode refletir diferenças na capacidade orçamentária, nas estratégias locais de enfrentamento e na gravidade do impacto da pandemia em cada região. Por exemplo, municípios como Palmelo e Rio Quente concentraram seus investimentos em 2020, enquanto outros, como Três Ranchos, mantiveram aportes mais consistentes ao longo dos anos. Essas variações sugerem a importância de uma análise detalhada das ações implementadas e de como os recursos foram utilizados para identificar boas práticas e possíveis lacunas na gestão da crise sanitária.

Importante destacar que a partir dos dados da tabela 7 em geral, os investimentos destinado à saúde durante a pandemia são menores do que os pós-pandemia já no governo Lula. Esses dados trazem a reflexão que poderiam ser evitadas milhares de mortes, se tivesse destinado mais recursos naquele momento, pois os dados da SES-GO trazem um total de 1.359 óbitos confirmados para COVID-19 desde o começo do período pandêmico até o dia 17 de abril de 2025 nos municípios da Estrada de Ferro (SES-GO, 2025).

Nos demais municípios, as informações, ainda que tenham sido indicadas nos respectivos portais, em sua maioria, não foram identificadas como sendo especificamente motivadas pela pandemia. A maioria dos municípios no ano de 2021, recebeu um reforço (inclusive nos recursos da tabela 7) para o custeio das ações de prevenção e tratamento, sendo que os valores recebidos por estes municípios encontram-se indicados na tabela 8:

Tabela 8 – Reforços de verbas voltados ao combate ao COVID-19 enviados pelo Ministério da Saúde em 2021 para os municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro (GO)

Município	Valor recebido
Anhanguera	R\$ 0,00
Caldas Novas	R\$ 2.536.434,00
Campo Alegre de Goiás	R\$ 0,00
Corumbaíba	R\$ 392.774,00
Cumari	R\$ 150.000,00
Davinópolis	R\$ 100.000,00
Goiandira	R\$ 250.000,00
Ipameri	R\$ 100.000,00

Marzagão	R\$ 200.000,00
Nova Aurora	R\$ 200.000,00
Ouvidor	R\$ 100.000,00
Palmelo	R\$ 600.000,00
Pires do Rio	R\$ 0,00
Rio Quente	R\$ 105.786,00
Rio Quente	R\$ 100.000,00
Santa Cruz de Goiás	R\$ 200.000,00
Três Ranchos	R\$ 150.000,00
Urutaí	R\$ 0,00
Catalão	R\$ 2.231.368,00

Fonte: Brasil (2024)

Org. FERREIRA, M. de S. (2025)

A análise dos dados apresentados na tabela 8 evidencia uma distribuição desigual dos recursos destinados ao combate e enfrentamento à COVID -19 pelo Ministério da Saúde entre os municípios listados. Embora alguns municípios, como Caldas Novas e Catalão, tenham recebido valores expressivos de reforço financeiro, outros, como Anhanguera, Campo Alegre de Goiás, Pires do Rio e Urutaí, não obtiveram qualquer repasse.

Essa disparidade pode refletir diferenças nas demandas locais, infraestruturas voltadas para de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, nos critérios utilizados para a distribuição ou até mesmo em lacunas no planejamento e articulação entre os entes federativos. Além disso, a ausência de identificação clara de que essas verbas foram especificamente motivadas pela pandemia em muitos municípios aponta para a necessidade de maior transparência e detalhamento nas informações disponibilizadas pelos portais oficiais, o que contribuiria para um acompanhamento mais efetivo e uma análise crítica da aplicação desses recursos.

4.2 Investimentos públicos no enfrentamento à COVID-19 no município de Catalão/Goiás

O presente tópico aborda os investimentos públicos realizados em Catalão de forma individual por ser o município sede da Região de Saúde Estrada de Ferro, destacando-se dos demais municípios. Diante disto, torna-se importante mencionar que por ter uma infraestrutura de saúde maior e mais complexa, o município de Catalão, tem a capacidade de atender mais pessoas em relação aos demais municípios, por ter uma capacidade maior de leitos e de tratamento à COVID-19, devido a regulação e execução de serviços em saúde de forma regionalizada.

No período imediatamente anterior (2019) e durante a crise sanitária (2020 a 2022). Os

dados disponibilizados pelos municípios em geral e especificamente por Catalão fornecem uma visão importante sobre a alocação de recursos durante o enfrentamento da crise sanitária. No entanto, eles indicam limitações à avaliação das prioridades e estratégias adotadas pelo município em comparação com outros da mesma região, devido à heterogeneidade dos registros. No exemplo a seguir verifica-se uma ficha orçamentária relacionada à aquisição de material de consumo na figura 8:

Figura 8– Despesas classificadas como Combate ao Coronavírus – 2020 a 2023 - Catalão

Órgão 01 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO		Unidade 000 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	
Função 04 - ADMINISTRAÇÃO		Sub-função 122 - Administração Geral	
Programa 0001 - GESTÃO ADMINISTRATIVA E GOVERNAMENTAL		Projeto atividade 0104 - MANUTENÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	
Natureza 33900 - MATERIAL DE CONSUMO		Fonte 40 - RECURSOS ORDINÁRIOS	
Nº do Processo 000004455	Data 02/12/2020	Folha 00000445	Empenho 14859
Valor empenhado R\$ 4.990,00	Valor anulação empenhado R\$ 0,00	Valor liquidado R\$ 4.990,00	Valor a liquidar R\$ 0,00
Valor pago R\$ 0,00	Nº Contrato [não informado]	CPF / CNPJ 07.981.510/0001-00	Fornecedor M E COELHO PROTEÇÃO E CORREÇÃO
Cidade fornecedor VITORIA NOVA DE OSMANIAS	Telefone fornecedor [não informado]	Telefone 2 fornecedor [não informado]	Telefone 3 fornecedor [não informado]
Nº Licitação [não informado]	Histórico PROCESSO REFERENTE À MÁSCARAS DESCARTÁVEIS PARA OS FUNCIONÁRIOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO	Assinatura MIRABELLE PIERES RIBEIRO	

Fonte: Catalão (2024)

Outra categoria de despesas realizadas pelo município de Catalão no período trata-se do aluguel emergencial e outros auxílios financeiros às pessoas, materiais de limpeza, máscaras de proteção, alimentos e outros recursos. Nesse contexto, observa-se que boa parte dos recursos alocados não foram creditados no Fundo Municipal de Saúde, mas em pastas como Administração e Assistência Social, embora no Portal da Transparência se encontrem agrupados.

Considerando as despesas realizadas nos anos 2020 a 2022 no combate ao coronavírus em Catalão, agrupadas por natureza da despesa, as informações podem ser observadas na tabela 9:

Tabela 9– Despesas na rubrica de combate e enfrentamento a COVID-19 em Catalão (GO) - 2020 a 2022

Natureza da Despesa	2020	2021	2022
Equipamentos e materiais permanentes	R\$ 113.272,85	R\$ 5.600,00	-

Material de consumo	R\$ 2.414.585,32	R\$ 552.968,28	-
Material de distribuição gratuita	R\$ 447.972,00	R\$ 143.150,00	-
Outras despesas de uso pessoal	-	R\$ 1.013.000,00	R\$ 29.357,67
Outros auxílios financeiros a pessoas	-	-	-
Diárias - Civil	-	-	R\$ 630,00
Obrigações patronais	-	-	R\$ 14.614,08
Outros serviços de pessoa jurídica	-	R\$ 8.926.377,95	R\$ 69.493,54
Subvenções sociais	-	R\$ 2.856.616,80	-
Indenizações e restituições	-	R\$ 1.000,00	R\$ 175,26
<i>Total de investimentos</i>	<i>R\$ 11.390.021,10</i>	<i>R\$ 13.498.713,03</i>	<i>R\$ 114.270,55</i>

Fonte: Catalão (2024)

Org. FERREIRA, M. de S. (2025)

Considerando as despesas realizadas entre 2020 e 2022 no combate e enfrentamento à COVID-19 em Catalão, observa-se uma significativa alocação de recursos em diferentes categorias relacionadas ao enfrentamento da pandemia, conforme apresentado na tabela 9. Em 2020 e 2021, destacam-se os valores destinados a "Outros serviços de Pessoa Jurídica", que totalizaram R\$ 5.187.736,80 e R\$ 8.926.377,95, respectivamente, evidenciando altos investimentos em serviços terceirizados, possivelmente, para fortalecer ou ampliar a estrutura de atendimento (Catalão, 2024).

Além disso, recursos expressivos foram aplicados em "Material de consumo", com R\$ 2.414.585,32 em 2020 e R\$ 552.968,28 em 2021, e em "Subvenções sociais", totalizando R\$ 2.151.987,13 e R\$ 2.856.616,80 nos mesmos anos, refletindo esforços para manter insumos e apoio social durante o período crítico da pandemia. Somando todos os tipos de rubricas, Catalão recebeu em R\$ 11.390.021,10 e R\$ 13.498.713,03 em 2020 e 2021, respectivamente (Catalão, 2024).

Nos anos seguintes, Catalão ainda manteve investimentos no enfrentamento à pandemia, mas com uma redução significativa, passando de R\$ 890.252,01 em 2021 para R\$ 83.435,96 em 2022 (Catalão, 2024). Enquanto isso, a maioria dos outros municípios apresentou redução ou ausência de gastos já em 2021, como Palmelo e Rio Quente, que não registraram novos investimentos após 2020. A continuidade de investimentos em Catalão, mesmo que em valores menores, demonstra esforço na gestão durante a pandemia, destacando-se em relação aos demais municípios que, em muitos casos, encerraram suas ações financeiras destinadas à crise sanitária antes do fim do período analisado.

Diversas iniciativas foram adotadas em Catalão no sentido do enfrentamento à

R\$ 2.231.368,00, Vigilância em Saúde R\$ 1.022.247,94 e Assistência Farmacêutica R\$ 650.594,10, não havendo recurso para Gestão do SUS.

No ano de 2022, a Gestão do SUS no município recebeu R\$ 4.889,22 enquanto serviços como Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar R\$ 28.023.474,04, Atenção Primária R\$ 7.265.112,91, Vigilância em Saúde R\$ 1.405.266,77 e Assistência Farmacêutica R\$ 744.516,72.

Em 2023, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior recurso no município de Catalão R\$ 28.147.860,24 seguido da Atenção Primária R\$ 9.456.957,15, Vigilância em Saúde R\$ 1.727.490,62 e Gestão do SUS R\$ 1.416.633,90, sendo o ano pesquisado com maior repasse para a Gestão do SUS de 2019 à 2023.

Em 2024, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu o maior recurso novamente no município de Catalão R\$ 41.763.112,20, seguido da Atenção Primária R\$ 8.624.969,94, Vigilância em Saúde 1.807.227,84, Gestão do SUS 1.594.638,80 R\$ 189.818,16 e Assistência Farmacêutica R\$ 987.669,12.

Nos anos durante a pandemia – 2020 e 2021, o município de Catalão, recebeu um aumento nos investimentos, se comparado com 2019 (antes da pandemia) em 2022, reduziu, voltando a aumentar significativamente em 2023 e 2024 (pós fim da emergência sanitária e já no governo Lula), o município segue recebendo mais investimentos que nos anos anteriores à pandemia.

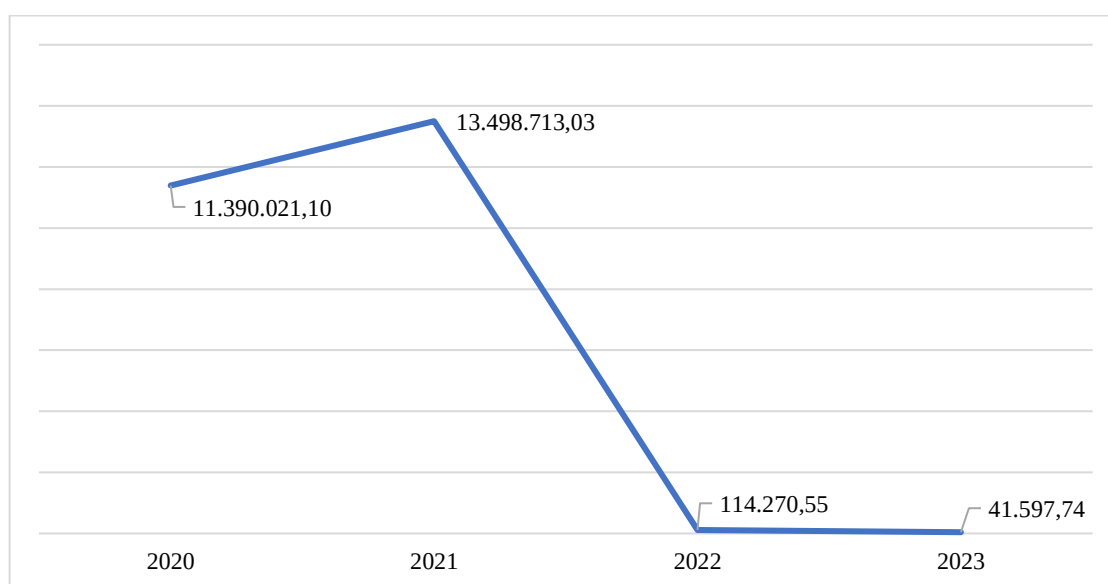
De maneira geral, os dados revelam que, embora a pandemia tenha causado variações significativas nos percentuais de investimento em saúde, Catalão manteve uma trajetória de ampliação das despesas ao longo dos anos, principalmente nos serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção Primária, além do crescimento no repasse para a Gestão do SUS nos anos de 2023 e 2024. Isso evidencia o compromisso do município em enfrentar os desafios impostos pela crise sanitária e em fortalecer sua estrutura de saúde pública. E talvez tal recursos é por que a União (com o Governo Lula) aumentou o valor dos repasses para a saúde.

Verifica-se, inclusive, que o aumento dos gastos com saúde em Catalão durante a pandemia foram além do apresentado por boa parte dos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro¹². As variações apresentadas nos gastos da rubrica “Combate ao Coronavírus” apresentada no Portal de Transparência do Sistema de Informações Geográficas (SIG), entre os

¹² Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbáiba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Mazagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutai.

anos de 2020 e 2023 podem ser verificadas na figura 9:

Figura 9– Despesas classificadas como “Combate ao Coronavírus” – 2020 a 2023 – Geral – Catalão (GO)

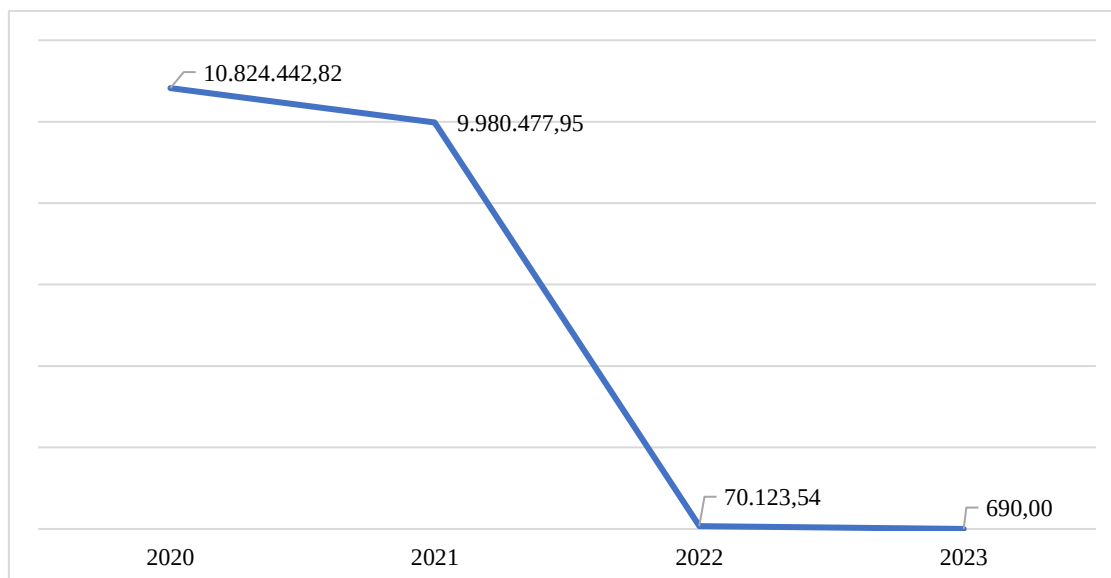


Fonte: Catalão (2024)

Org. FERREIRA, M. de S. (2025)

Os dados que se relacionam exclusivamente às verbas destinadas ao Fundo Municipal de Saúde de Catalão encontram-se descritos na figura 10:

Figura 10 – Despesas classificadas como “Combate ao Coronavírus” – 2020 a 2023 – FMS – Catalão (GO)



Fonte: Catalão (2024)

Org. FERREIRA, M. de S. (2025)

Os recursos alocados no combate ao coronavírus em Catalão foram predominantemente destinados ao Fundo Municipal de Saúde, sendo 95,03% em 2020, 73,94% em 2021, 61,37% em 2022 e 1,66% em 2023, como pode ser observado por meio das variações nas despesas classificadas como “Combate ao Coronavírus” ao longo dos anos de 2020 a 2023, conforme demonstrado na figura 10.

Finalizando esta seção, é possível analisar que o enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro, com o município de Catalão como objeto de estudo, tornando possível evidenciar através da complexidade da situação local diante de uma emergência sanitária de proporção global, as assimetrias nos investimentos públicos, levando a diferença de disponibilidade de profissionais de saúde, leitos, equipamentos e hospitais para o atendimento de qualidade.

Posteriormente, as considerações finais trará os principais resultados da pesquisa como os dados locais de incidência pela COVID-19, assim como as diferenças espaciais entre elas, assim como os investimentos públicos, advindos das políticas públicas implementadas no período pandêmico, bem como a importância das futuras políticas, no contexto da experiência da pandemia da COVID-19, reforçando a importância da regionalização por meio do Sistema Único de Saúde e da gestão pública eficiente, principalmente em tempos de crises sanitárias.

5 Considerações Finais

A pandemia de COVID-19 impôs desafios sem precedentes às regiões de saúde de Goiás, incluindo a Região de Saúde Estrada de Ferro, composta por 18 municípios e uma população de 328.728 habitantes no ano de 2024 (IBGE, 2024). Dados da Secretaria de Saúde de Goiás revelam que, até fevereiro de 2023, mais de 1,88 milhão de casos e 28.005 óbitos foram confirmados no estado. A alta incidência de casos em cidades menores como Rio Quente (48,14%) e Três Ranchos (37,28%) destacou a vulnerabilidade dessas localidades, destacando que as duas são cidades turísticas e a alta incidência pode estar ligada ao fluxo de pessoas de várias localidades entrando em contato com a população local. Os municípios maiores como Catalão apresentaram números absolutos elevados, mas taxas proporcionais moderadas devido a maior disponibilidade de recursos e ações preventivas.

A presente pesquisa trouxe resultados a partir dos objetivos propostos para este estudo. Com base no objetivo geral buscou apontar como o Estado enfrentou a pandemia e ainda, se os investimentos em equipamentos, infraestrutura e capacitação profissional realizados se mantêm nas unidades de saúde assistidas durante a pandemia. Para isso, analisou os investimentos públicos feitos durante a pandemia na Região de Saúde Estrada de Ferro.

O texto traz a reflexão que a distribuição desigual dos investimentos públicos é um dos fatores determinante para a capacidade de resposta de cada município aos serviços de saúde. Embora tenha havido um aumento geral nos gastos com saúde em 2020, municípios como Campo Alegre de Goiás e Davinópolis registraram incrementos mais modestos, enquanto Rio Quente, notavelmente, reduziu suas despesas no mesmo período, devido a redução de turistas e suspensão das atividades turísticos dos empreendimentos ligados direta e indiretamente a este setor.

Essas variações são resultados da ineficiência do papel do Estado brasileiro e das políticas públicas de saúde do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde, que anteriormente ao período de pandemia, poderia ter qualidade no serviço público de saúde, lembrando que anteriormente à pandemia da COVID-19, o Brasil já vinha sendo conduzido desde 2018 por um governo negacionista e neoliberal, assim deixando incertezas quanto aos serviços básicos públicos utilizados pela população, principalmente por pessoas com vulnerabilidade social.

Além disso, destaca a importância da transparência e do planejamento regionalizado para o enfrentamento de futuras emergências de saúde. A análise dos dados demonstram que, embora

tenha a ampliação dos investimentos, a falta de padronização na divulgação de informações e a desigualdade na distribuição de recursos podem limitar a efetividade das políticas públicas.

Diante dos objetivos específicos da pesquisa, foi realizado o estudo na perspectiva geográfica dos conceitos de Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde no Brasil, descentralização, estruturação e regionalização do Sistema Único de Saúde, por isso foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, trazendo a compreensão das políticas públicas de saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, e após a análise do contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil, assim como as ações (des)unificadas nos territórios de saúde durante esta crise sanitária e os investimentos públicos 2019 à 2023 no enfrentamento à COVID-19 na Região de Saúde Estrada de Ferro e em Catalão (GO).

Em comparação, entre período não pandêmico, conclui-se que em 2020 à 2022, houve aumento nos investimentos na maioria dos municípios da Região de Saúde Estrada de Ferro em relação à 2019, ou seja, municípios como Corumbáiba, Palmelo, Ipameri e Goiandira, apresentaram aumento nos investimentos da saúde. No período pós pandêmico (2023 e 2024), na gestão do Governo Lula, observa-se não apenas a manutenção, mas também o aumento significativo desses investimentos, evidenciando a continuidade de políticas voltadas ao fortalecimento do SUS.

Isso refletiu nas diferenças estruturais e orçamentárias que impactaram diretamente a efetividade do combate à pandemia e crise sanitária, especialmente em termos de construção ou reforma de unidades de saúde, aquisição de insumos e contratação de profissionais, embora os valores em recursos públicos que foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da pandemia em relação comparativa com os anos anteriores a pandemia (2019 a 2022) tenham sido maiores aos anos anteriores.

Em termos de infraestrutura, ao comparar os dados sobre o número de leitos entre os anos de 2023 e 2025 no município de Catalão (sede administrativa da Região de Saúde da Estrada de Ferro), observa-se um aumento significativo na quantidade de leitos. Em outubro de 2023, os hospitais somavam 32 leitos de UTI implantados, distribuídos entre o Hospital Nars Faiad, Hospital São Nicolau e Santa Casa de Misericórdia. Já em abril de 2025, esse número aumentou para 85 leitos, representando uma ampliação de aproximadamente 165%. Esse crescimento reflete um processo de expansão da capacidade hospitalar na rede de alta complexidade (que recebeu maior valor em investimento), atualmente, não mais voltado para o enfrentamento a COVID-19, mas sim a diversas demandas da saúde pública.

A falta de mais dados como os de admitidos na Região de Saúde Estrada de Ferro com mais detalhes nos anos de 2019, 2020, 2021, 2022 e 2024 (devido a atualização da página)

impediu fazer uma análise mais detalhada das ações implementadas, comprometendo a avaliação da eficiência dos investimentos e a identificação de boas práticas para futuras crises sanitárias, além de não detalhar os gastos individualmente com leitos, medicamentos, salário de profissionais, estrutura hospitalar no geral. Essa situação evidenciou a necessidade de maior sistematização e transparência nos registros financeiros, essenciais para uma gestão mais equitativa e eficiente.

Diante dos resultados, o estudo, abre possibilidades para outras pesquisas, uma vez que traz alguns temas que podem ser pesquisados futuramente como o da importância da continuidade das ações preventivas e de reestruturação do sistema de saúde, reforçando a importância de políticas públicas que garantam a sustentação do setor de saúde diante de futuras emergências pós-pandemia.

A pandemia deixou algumas lições para o Estado, a exemplo da necessidade de ter profissionais em constante processo de aperfeiçoamento profissional, infraestrutura adequada, planejamento para enfrentamento de crises sanitárias no futuro, sobretudo, tornou evidente a importância de um sistema de saúde capaz de atender de forma rápida às emergências, bem como valorizar o SUS como política pública essencial à manutenção da saúde e da vida do brasileiro.

Ainda, a pandemia mudou os hábitos cotidianos de parte da população, tais como: uso de máscaras, do álcool em gel de forma individual e desburocratização em comércio (ainda se mantém), maior atenção para os sintomas gripais e trouxe a consciência sobre a importância da vacinação, do isolamento em casos de suspeita de contaminação, valorização dos profissionais da saúde e trouxe debates sobre saúde mental, uma vez que, o isolamento social e o medo da COVID-19 impactaram emocionalmente grande parte da população, trazendo novos hábitos que refletem uma transformação nas relações sociais.

Com a pandemia, mesmo não sendo tema deste estudo, o uso da internet potencializou-se, seja para a propagação de *fake news* durante o período de emergência sanitária (uso da hidroxicloroquina para evitar contaminação ou curar a doença em qualquer fase; vacinas contra Covid-19 podem provocar alterações genéticas ou câncer etc.), seja para informações necessárias sobre a prevenção e medidas profiláticas a serem tomadas por parte da população, divulgações de informações sobre o avanço ou recuo da contaminação e de óbitos decorrentes da doença em termos nacionais e mundiais, descobertas de novas variantes, dados sobre as vacinas etc.

Além disso, existem questões como as comorbidades (diabetes, obesidade, pressão alta) que fizeram com que aumentasse a vulnerabilidade dos infectados e consequentemente, o

número de óbitos, além da demanda dos investimentos, visto que esses casos necessitam da ampliação da quantidade de leitos de internação e UTI na Região de Saúde Estrada de Ferro e em Catalão, impactando diretamente os investimentos públicos em saúde entre 2019 e 2023. A ausência de um planejamento prévio voltado para o cuidado das pessoas com condições crônicas agravou o estado crítico advindos da pandemia, exigindo do Estado medidas emergenciais, como a ampliação temporária de leitos e aquisição de equipamentos.

Por fim, Catalão, como polo regional de saúde, desempenhou um papel crucial no suporte aos municípios vizinhos durante a crise. A cidade concentrou investimentos significativos no atendimento hospitalar, contribuindo para a mitigação dos impactos do vírus. No entanto, à medida que a pandemia recuava, observou-se uma redução acentuada nos investimentos em saúde, tanto em Catalão quanto em outros municípios da região, segundo os portais de transparência dispostos nos sites das prefeituras. Essa queda justifica-se pela eficiência da vacina, visto que os recursos foram diminuídos em 2022, ano após o começo da imunização neste município.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maurício de Almeida. **Cidade brasileira: 1870-1930**. In: 8 Encontro de Geógrafos da América Latina, 2001, Santiago do Chile. 8 Encuentro de Geografos de América Latina. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2001.

AGENDA MAIS SUS. Imagem referindo ao SUS. **Agenda Mais SUS**, [foto], 2025. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/>. Acesso em: 10 de abr. 2025.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.

ANHANGUERA. **Acesso à informação e transparência**. 2023. Disponível em: <https://anhanguera.megasofttransparencia.com.br/receitas-e-despesas/receita-covid-19?ano=2020&covid19=1&codigoDoOrgao=35>. Acesso em 27 dez. 2024.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das->. Acesso em: 16 jul. 2024.

BARBOSA, Jorge Luiz. Por uma quarentena de direitos para as favelas e as periferias!. Espaço e Economia. **Revista brasileira de geografia econômica**, n. 17, 2020.

BARBOSA, Thamyres Maria Silva et al.. Abordagem das Políticas Públicas de Saúde Frente à Prevenção de Doenças Infecciosas. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, p. 4, 2024.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al., Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, n.131, p. 1126-39, 2021.

BOUSQUAT, Aylene et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista Usp**, n. 128, p. 13-26, 2021.

BRANDÃO, Celmário Castro; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 58-75, 2023.

BRASIL. **Lei de Criação do SUS**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. **Lei de 1988**. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/920107/artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. **Resolução no 1, de 29 de Setembro de 2011**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Covid-19. 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19html.html . Acesso em: 22

dez. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Detalhamento de Recursos Transferidos. 2024. Disponível em:

<https://portal.datransparencia.gov.br/transferencias/detalhe?paginacaoSimples=false&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=01%2F01%2F2019&ate=31%2F12%2F2022&uf=GO&nomeMunicipio=Anhanguera&funcao=10&colunasSelecionadas=mesAno%2Ctipo%2CtipoFavorecido%2Cuf%2CnomeFavorecido%2Ccnpj%2Cmunicipio%2Cfuncao%2Cprograma%2Ccacao%2ClinguagemCidade%2Cvalor%2Cgrupo%2Celemento%2Cmodalidade&ordenarPor=mesAno&direcao=asc>. Acesso em: 22 dez. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020 p. 4.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1707-1714, 2018.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. Segregação socioespacial e o "Direito à Cidade". **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, v. 24, n. 3, p. 412-424, 2020.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. 9, 2018.

CATALÃO - **Prefeitura Municipal de Catalão**. Comitê de Prevenção, Orientação e Enfrentamento ao Coronavírus – COVID-19. Disponível em: [a111b19b448cc53ebf48b05842408698.pdf](https://portal.datransparencia.gov.br/transferencias/detalhe?paginacaoSimples=false&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=01%2F01%2F2019&ate=31%2F12%2F2022&uf=GO&nomeMunicipio=Anhanguera&funcao=10&colunasSelecionadas=mesAno%2Ctipo%2CtipoFavorecido%2Cuf%2CnomeFavorecido%2Ccnpj%2Cmunicipio%2Cfuncao%2Cprograma%2Ccacao%2ClinguagemCidade%2Cvalor%2Cgrupo%2Celemento%2Cmodalidade&ordenarPor=mesAno&direcao=asc) (catalao.go.gov.br) >. Acesso em: 08 ago. 2024.

CATALÃO - **Prefeitura Municipal de Catalão**. Lei e Diretrizes Orçamentárias. Disponível em: <<https://www.catalao.go.gov.br/transparencia/legislacao/leis/567>>. Acesso em: 04 out. 2023.

CATALÃO - **Prefeitura Municipal de Catalão**. Leitos ocupados e novas medidas. Disponível em: <<https://catalao.go.gov.br/noticias/covid-19/covid-19-com-100-dos-leitos-de-uti-ocupados-em-catalao-municipio-adota-novas-medidas-restritivas-na-cidade>>. Acesso em: 03 out. 2023.

CATALÃO - **Prefeitura Municipal de Catalão**. Hospital de Campanha 34.000 em um ano mais de atendimentos realizados. Disponível em: <<https://catalao.go.gov.br/producao/public/noticias/saude/hospital-de-campanha-de-catalao-completa-um-ano-com-mais-de-34-mil-atendimentos>>. Acesso em: 03 out. 2023.

CATALÃO. **Decreto nº 527, de 15 de abril de 2021**. Disponível em: <https://www.catalao.go.gov.br/storage/legislacao/bbee019080b8a442358865d4ceb301ad.jpg>. Acesso em 21 jul. 2024.

CATALÃO. **Prefeitura Municipal de Catalão**. Portal da Transparência - Despesa no combate ao Coronavírus. 2024. Disponível em: <https://transparencia.catalao.go.gov.br/sig/app.html#/transparencia/transparencia-despesa-simplificado-corona/>. Acesso em 01 jan. 2025.

CATALÃO. **Prefeitura Municipal de Catalão**. No enfrentamento à pandemia, Prefeitura

investe mais de R\$ 1 milhão em reagente e equipamentos automatizados para medicina diagnóstica. 2021. Disponível em: <https://catalao.go.gov.br/noticias/saude/no-enfrentamento-a-pandemia-prefeitura-investe-mais-de-r-1-milhao-em-reagente-e-equipamentos-automatizados-para-medicina-diagnostica>. Acesso em 29 dez. 2024.

CCMS- **Centro Cultural do Ministério da Saúde** – Princípios e diretrizes do SUS. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/principios.php>. Acesso em 10 abr. 2025.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 289-296, 2020.

DUARTE, Ligia Schiavon; CONTEL, Fabio Betioli; BALBIM, Renato Nunes. **Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências**. 2013.

ESTADÃO SAÚDE. **Estudo indica pico de covid nesta semana e estabilidade em julho com 370 mil casos**. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estudo-indica-pico-de-covidneste-semana-e-estabilidade-em-julho-com-370-mil-casos,70003307130>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BARROS, Fábio. Imagem SUS. **Site oficial do vereador Fábio Barros**, [foto], Catalão, GO, 2023. Disponível em: <https://fabiobarros.com/defende-gratuidade-universalidade-sus/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

FARIA, Cintya Cristine Martins da Veiga; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Território de saúde: possibilidades e desafios a partir da contribuição de Norbert Elias e John L. Scotson. **Cad. Saúde Colet.**, v. 27, n. 3, p. 272-277, 2019.

FARIAS FILHO, José Almir; ALVIM, Angelica Tanus Benatti. Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 14, e20220050, 2022.

FELICÍSSIMO, José Roberto. Os impasses da descentralização político-administrativa na democratização do Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, p. 14-15, 1992.

FLOSS, Mayara et al. Linha do tempo do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e210693, 2022.

FNS - Fundo Nacional da Saúde. **Vacinação, pesquisa e transferência: iniciativas da Saúde fortalecem o SUS no combate à covid-19**. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 05 abril 2024.

FNS – Fundo Nacional da Saúde. **Valores Gráfico Comparativo por ano**. Disponível em: [FNS - Fundo Nacional de Saúde \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br). Acesso em: 23 maio 2024.

FIOCRUZ. **Números comprovam efeitos amplamente positivos da vacinação**. Disponível em: . Acesso em: 24 mar. 2022.

GOIÁS. **Decreto nº 9.848, de 13 de abril de 2021**. Dispõe sobre as medidas a serem

adotadas no Estado de Goiás em razão da disseminação do novo coronavírus (COVID-19). 2021. Disponível em: https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/103937/decreto-9848. Acesso em 20 jul. 2024.

GOIÁS. **Decreto nº 9.854, de 28 de abril de 2021**. Promove alterações no Decreto nº 9.848, de 13 de abril de 2021, o qual dispõe sobre as medidas a serem adotadas no Estado de Goiás em razão da disseminação do novo coronavírus (COVID-19). 2021b. Disponível em: https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/103947/decreto-9854. Acesso em 20 jul. 2024.

GOIÁS. **Goiás tem 28.005 mortos por coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://goias.gov.br/goias-tem-28-005-mortes-por-covid-19/>. Acesso em 20 dez. 2024.

GÓIS JÚNIOR, E. Alberto Torres e os higienistas: intervenção do Estado na educação do corpo (1910-1930). **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p.1445-1457, 2014.

GONÇALVES, Carlos et al. Políticas de Saúde e Ordenamento do Território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2412-2412, 2021.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia e saúde coletiva no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, p. 816, 2016.

HARVEY, David. **A política anticapitalista na época da COVID-19**. Disponível em: <<https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597468-a-politica-anticapitalista-na-epoca-da-covid-19-artigo-de-david-harve>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

HUR, Domênico Uhng; SABUCEDO, José Manuel Cameselle; ALZATE, Mônica García. Bolsonaro e Covid-19: Negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Psicologia Política**, v. 21, n. 51. p. 550-569, 2021.

HUR, Domênico Uhng; SANDOVAL, Salvador. **Psicologia Política da polarização e extremismos no Brasil: neoliberalismo, crise e neofascismos**. In: HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M. *Psicologia dos extremismos políticos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) **Número habitantes dos municípios**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/ipameri/panorama>> Acesso em: 27 set. 2023.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) **Regiões Geográficas Imediatas**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/regioes_geograficas/#/home/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

IMB (Instituto Mauro Borges) **Número de habitantes dos municípios da Região Geográfica Imediata de Catalão**. Disponível em: <https://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=203>. Acesso em: 22 jan. 2023.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Os Instrumentos de Políticas Públicas para o Enfrentamento do Vírus da Covid-19: uma análise dos normativos produzidos pelo Executivo federal**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10080/5/BAPI_22_instrumentos.pdf>. Acesso em 04 out. 2023.

KOGA, Natália Massaco et al., **Instrumentos de políticas públicas para o enfrentamento do vírus da covid-19**: uma análise dos normativos produzidos pelo executivo federal. 2020.

LANDIM, Edivânia Lucia Araujo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde Debate**, v. 43, n.esp. 5, p. 161-173, dez. 2019.

LIMA, Luciana Dias de. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2881-92, 2012.

LINDO, Paula Vanessa de Faria. **Geografia e política de assistência social**: territórios, escalas e representações cartográficas para políticas públicas. 2011.

LUCCHESI, Patrícia TR et al., **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, v. 90, 2004.

MASTRODI, Josué; IFANGER, Fernanda Carolina de Araujo. Sobre o conceito de políticas públicas. **Revista de direito brasileira**, v. 24, n. 9, p. 03-16, 2019.

MS- Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação, **Ministério da Saúde, [foto]**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/vacinacao>. Acesso em: 10 de abr. 2025.

MS- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria no 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: <Ministério da Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 ago 2024.

MS- Ministério da Saúde do Brasil. **Consulta Pública da Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19**. Disponível em: <Consulta Pública da Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19 — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 02 abril 2024.

MS- Ministério da Saúde do Brasil. **Governo Federal investe mais de R\$ 1,5 bilhão para fortalecer resposta à Covid-19 no Brasil**. Disponível em: <Governo Federal investe mais de R\$ 1,5 bilhão para fortalecer resposta à Covid-19 no Brasil — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 30 mar. 2024.

MS- Ministério da Saúde do Brasil. **HumanizaSUS**. Disponível em: <Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Ministério da Saúde destina R\$ 53,3 milhões para custeio de 3.712 leitos de suporte ventilatório pulmonar**. Disponível em: <Ministério da Saúde destina R\$ 53,3 milhões para custeio de 3.712 leitos de suporte ventilatório pulmonar — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em 29 mar. 2024.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Ministério da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <Ministério da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em 29 mar. 2024.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Ministério da Saúde distribuiu mais de 102 milhões de testes de Covid-19.** Disponível em: <Ministério da Saúde distribuiu mais de 102 milhões de testes de Covid-19 — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 29 mar. 2024.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Medidas de Controle a transmissão do SARS-CoV-2.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>>. Acesso em 29 mar. 2022.

MS - Ministério da Saúde do Brasil. **Medidas não farmacológicas.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>>. Acesso em: 01 jan. 2022.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Encerramento da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN).** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-em-saude-publica-de-importancia-nacional-pela-covid-19>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MS- Ministério da Saúde do Brasil. **Sobre o Conselho de Saúde.** Disponível em: <Sobre o conselho — Conselho Nacional de Saúde (www.gov.br)>. Acesso em 10 ago. 2024

MS – Ministério da Saúde do Brasil. **Pazuello defende tratamento precoce de casos de Covid-19.** Disponível em: <Pazuello defende tratamento precoce de casos de Covid-19 — Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 31 mar. 2024.

MOURA, Erly Catarina et al. **Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022.** Revista de Saúde Pública, v. 56, 2022.

NETO, Aristides Monteiro; COLOMBO, Lucileia Aparecida; DA ROCHA NETO, João Mendes. **Políticas territoriais em tempos de múltiplas crises: desafios e perspectivas para o Brasil na década de 2020.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2023.

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Número de contaminados e óbitos.** Disponível em: <<https://covid19.who.int>>. Acesso em: 27 de set. 2023.

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **Covid-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>>. Acesso em 01 de jan 2022.

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) **Folha Informativa sobre COVID-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em 13 de jan. 2023.

PAES, Maria Tereza Duarte. Gentrificação, preservação patrimonial e turismo: os novos sentidos da paisagem urbana na renovação das cidades. **GEOUSP Espaço E Tempo (Online)**, v. 21, n. 3, p. 678, 2017.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PIRES, C. M.; RAMIRES, J. C. L. **Redes e regiões de saúde em Goiás: formação e efetividade.** Fiocruz. 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/64991/artigo_1120.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em 31 dez. 2024.

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O lugar da participação popular na gestão de saúde: matrizes conceituais e os rumos da política brasileira. **RAE GA: o espaço geográfico em análise**, n. 13, p. 29-41, 2007.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. **Regionalização**: fato e ferramenta. Brasil século XXI: por uma nova regionalização, p. 194-212, 2004.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 405-406, 2015.

ROCHA, Rudi; RACHE, Beatriz.; NUNES, Letícia. **A Regionalização da Saúde no Brasil**. Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf. Acesso em 20 jul. 2024.

ROLNIK, Raquel. **A cidade e a lei**: legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo. Studio Nobel, 1997.

SABINO, Ester C. et al. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. **Lancet**, v. 97, n. 10273, p. 452-5, 2021.

SANTANA, V. **Goiás tem seis regiões em estado de calamidade e segunda onda de Covid-19 mais forte que a primeira, diz Saúde**. G1 Goiás. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2021/02/17/segunda-onda-de-covid-19-esta-mais-forte-que-a-primeira-e-goias-tem-seis-regioes-em-estado-de-calamidade-diz-saude.ghtml>. Acesso em 30 dez. 2024.

SANTOS, Ana Rocha; CONCEIÇÃO, Alexandrina Luz. A política de descentralização da saúde e suas interfaces escalares. **Scientia Plena**, v. 6, n. 5, 2010.

SES-GO - Secretaria de Estado da Saúde Goiás. **Número de Casos confirmados, Óbitos e vacinação**. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/coronavirus/noticias-coronavirus/16218-atualizacao-sobre-a-covid-19-em-goias-e-doses-da-vacina-ja-aplicadas-21-08-2026>>. Acesso em: 25 ago. 2022>.

SES-GO - Secretaria do Estado da saúde de Goiás. **Número de Hospitais e leitos de enfermagem e UTI em Goiás**. Disponível em: <<https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapadeleitos.html>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SES-GO - Secretaria do Estado da saúde de Goiás. **Região de Saúde Estrada de Ferro – Macrorregião Centro Sudeste**. Disponível em: <<http://www.transparencia.go.gov.br/portaldatransparencia/>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

SILVEIRA, Iara Maria Soares Costa da et al., **O processo de territorialização da estratégia saúde da família no bairro Morrinhos-Montes Claros/MG**: uma contribuição geográfica. 2013. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SILVEIRA, Márcio Rogério et, al. Novo Coronavírus (Sars-Cov-2): Difusão Espacial e Outro Patamar para a Socialização dos Investimentos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 22, p. 5, 2020.

SOUZA, Carlos Dornels Freire de et al. Evolução espaçotemporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, p. e20200208, 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 16, p. 20-45, 2006.

SUVISA GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO - **Plano de Operacionalização para a Vacinação Contra o COVID-19 no Estado de Goiás 2020/2021**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/vacinacao/plano_estadual_vacinacao_covid19/PlanodeOperacionalizacaooparaVacinacaoContraaCOVID-19noEstadodeGoias.pdf>. Acesso em: 28 mar ç de 2023

TIGRE, Paulo Bastos. Inovação e teorias da firma em três paradigmas. **Revista de economia contemporânea**, v. 3, p.78-79, 1998.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al., Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 26, n. 10, out. 2021.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

UFCAT- Universidade Federal de Catalão. **Pet-Saúde Catalão**. Diponível em: <Reunião marca abertura das atividades do Pet-Saúde Catalão (2022-2023) | Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão (ufg.br)>. Acesso em: 15 jul. 2024.

VALENTE, Jonas. **Agência Brasil explica: entenda o que é o lockdown**. Agência Brasil—Brasília, p. 2020-05, 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al., Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1.791-8, 2018.

XAVIER, Diego Ricardo et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 Sup 2:e00076118, 2019.

ZAP CATALÃO. Hospital Regional de Catalão. **Zap Catalão, [foto]**, Catalão, GO, 2023. Disponível em: <https://www.zapcatalao.com.br/ministro-da-educacao-e-governador-de-goias-visitam-catalao-para-oficializar-transferencia-do-hospital-regional-adib-elias/>. Acesso em 10 abr. 2025.