



## O Sistema Único de Saúde nos planos de governo dos candidatos à prefeitura de um município alagoano

### The Unified Health System in the government plans of candidates for mayor of a municipality in Alagoas

Erivaldo Santos de Lima<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2561-5867>; Fisioterapeuta com aperfeiçoamento em Saúde Pública e Vigilância em Saúde, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, BRAZIL, E-mail: erivaldolimah@gmail.com

Todo o conteúdo expresso neste artigo é de inteira responsabilidade dos seus autores.

Recebido em: 26/01/2021; Aceito em: 13/06/2021; publicado em 01/08/2021. Copyright © Autor, 2021.

**RESUMO:** Diante da conjuntura e da importância do diálogo entre o fazer política e o fazer saúde, a pesquisa teve por objetivo descrever como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi abordado nos planos de governo de candidatos à prefeitura de um município do Estado de Alagoas. Metodologicamente, tratou-se de um estudo descritivo com a técnica de pesquisa documental. Os documentos objeto de pesquisa foram extraídos do portal de divulgação de candidaturas do Tribunal Superior Eleitoral. Em um primeiro momento, expõe-se o plano de governo dos três candidatos para a área de saúde e em um segundo, apresenta-se as pautas prioritárias para o setor propostas pelo Conselho Nacional de Saúde buscando estabelecer conexões entre o que se espera pelo controle social a nível Brasil e o que foi proposto a nível local discutindo à luz da legislação pertinente em saúde e das políticas nacionais. Percebeu-se que o Sistema Único de Saúde foi abordado de forma superficial por todos os candidatos, assim, parece que os postulantes desconheciam as generalidades e especificidades das principais políticas de saúde vigentes no País e a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde, visto que, em sua maioria, as propostas destoaram do que preconiza a legislação do SUS. As propostas dos candidatos pouco dialogaram com a carta de saúde pública elaborada pelo CNS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde, Política de Saúde, Gestão em Saúde.

**ABSTRACT:** Given the situation and the importance of the dialogue between doing politics and doing health, the research aimed to describe how the Unified Health System was approached in the government plans of candidates for mayor of a city in the state of Alagoas. Methodologically, it was a descriptive study with the technique of documentary research. The documents object of research were extracted from the candidacy portal of the Superior Electoral Court. At first, the government plan of the three candidates for the health area is exposed and in a second, the priority guidelines for the sector proposed by the National Health Council are presented, seeking to establish connections between what is expected by the control at the Brazilian level and what was proposed at the local level discussing in the light of the relevant health legislation and national policies. It was noticed that the Unified Health System was approached superficially by all candidates, thus, it seems that the candidates were unaware of the generalities and specificities of the main health policies in force in the country and the structure and functioning of the health system, as seen that, for the most part, the proposals differed from what the SUS legislation advocates. The candidates proposals had little to do with the public health charter prepared by the CNS.

**KEYWORDS:** Unified Health System, Health Policy, Health Management.

---

## INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil passou por grandes transformações até os dias atuais. De um modelo de saúde fragmentado em que as ações e serviços de saúde limitavam-se ao perfil do cidadão a um modelo que embora ainda sofra críticas por seu predomínio campanhista universalizou o acesso às ações e serviços de saúde em todo o território brasileiro (CARVALHO, 2013).

As principais transformações no setor saúde ganharam impulso com o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), um movimento protagonizado por estudantes, pesquisadores, entidades sindicais, intelectuais e a população insatisfeita com o fazer saúde da década de 70 (período da ditadura militar). Anos depois, e como resultado do MRS aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, amplamente conhecida por seu caráter democrático e participativo (o que não era observado nas edições anteriores) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, foi criado dois anos depois com a promulgação da Constituição Federal (CF). Em seu artigo 196 a CF traz a saúde como um direito de toda a população e um dever do Estado, direito este garantido por intermédio de políticas socioeconômicas (BRASIL, 1988). Nesse sentido, é perceptível a intersecção entre o fazer política e o fazer saúde.

No contexto de participação popular, os cidadãos brasileiros participam do SUS de forma direta por meio dos conselhos e conferências de saúde, direito assegurado pela Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990). A população também participa democraticamente elegendo os seus representantes em nível municipal, estadual e federal, cuja atuação destes líderes influenciarão diretamente no SUS. As eleições para vereadores, prefeitos, deputados, senadores e presidente ocorrem a cada quatro anos.

Diante da conjuntura e da importância do diálogo entre o fazer política e o fazer saúde, o presente artigo tem por objetivo descrever como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi abordado nos planos de governo de candidatos à prefeitura do município de Anadia, Alagoas. O município integra a 5ª região de saúde (o Estado é organizado em 10 regiões) e segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade possuía naquele ano uma população de 17.424 habitantes (IBGE, 2010).

## PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo com a técnica de pesquisa documental (GIL, 2007).

Analisou-se os planos de governo dos três candidatos (eleições 2020) à prefeitura do município de Anadia, Alagoas – a escolha se deu por conveniência. As informações foram extraídas do site do Tribunal Superior Eleitoral - TSE, além dos planos de governo, consultou-se a carta de saúde pública à população e aos candidatos às eleições municipais elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS.

No primeiro momento, expõe-se o plano de governo dos três candidatos para a área de saúde e em um segundo momento, apresenta-se as pautas prioritárias para o setor propostas pelo CNS buscando estabelecer conexões entre o que se espera pelo controle social a nível Brasil e o que é proposto a nível local, discutindo à luz da legislação pertinente em saúde e das políticas nacionais de saúde.

Os candidatos foram denominados de candidato A, candidato B e candidato C.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### AS PROPOSTAS

As propostas dos candidatos A, B e C podem ser visualizadas abaixo no Quadro 1.

**Quadro 1.** Propostas dos candidatos à prefeitura de Anadia, Alagoas para o setor saúde.

| PROPOSTAS DO CANDIDATO A  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reativar Raio-X na Unidade Mista de Saúde Senador Rui Palmeira com a aquisição do equipamento e atendimento de qualidade;</li><li>• Reformar e ampliar o Centro de Atenção Psicossocial com área de lazer dos usuários;</li><li>• Reativar sala de parto na Unidade Mista de Saúde Senador Rui Palmeira;</li><li>• Construção de uma extensão de Unidade Básica de Saúde no povoado Jaqueira;</li></ul> |

- Adquirir um Odontomóvel para atendimento da população;
- Reformar e estender a Unidade Mista de Saúde Senador Rui Palmeira;
- Adquirir veículo para locomoção de pacientes com oncologia;
- Formalizar atendimento com médicos especialistas em cardiologia e oftalmologista;
- Realizar atendimentos de Alta Complexidade (canal, coroa, entre outros) na Chã da Mangabeira;
- Construir uma garagem na Unidade Mista de Saúde Senador Rui Palmeira;
- Construir uma Unidade Básica de Saúde na Chã do Brejinho;
- Construir uma Academia da Saúde no povoado Tabuleiro Grande.

### PROPOSTAS DO CANDIDATO B

- Melhorar as redes de assistência à saúde (saúde mental, psicossocial, do idoso, urgência/emergência e pacientes portadores de necessidades especiais) com adoção de linhas de cuidado e protocolos de atendimento;
- Ampliar equipes de atendimento do PSF (Programa Saúde da Família);
- Ampliar a Linha Saúde na área rural do município;
- Ampliar os postos de saúde já existentes;
- Renovar a frota de ambulância da Central de Transportes Eletivos;
- Integrar todos os sistemas informatizados nas unidades, serviços e setores;
- Ampliar a Central de Abastecimento Farmacêutico e de insumos;
- Construir duas novas USF (Unidade de Saúde da Família);
- Revitalizar as UBS (Unidades Básicas de Saúde) quando necessário;
- Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde.

### PROPOSTAS DO CANDIDATO C

#### Atenção primária

- Reorganizar a atenção primária em saúde através de reestruturação das Estratégias do programa Saúde da Família e a Saúde Bucal;
- Ampliar o acesso da população aos exames de diagnósticos por imagem;
- Reestruturar as áreas estratégicas da atenção primária, quais sejam: saúde da mulher, saúde da criança, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle do diabetes e da hipertensão, saúde do idoso, Covid-19;
- Implantar as internações por condições sensíveis à Atenção Básica;
- Garantir a humanização do atendimento na rede de saúde pública, assegurando uma postura de atenção e cuidado que responda efetivamente à expectativa da população;

- Projeto de gestão democrática e participativa, para eleição direta dos diretores e coordenadores da saúde do município;
- Reativação do funcionamento do conselho municipal de saúde, com participação dos órgãos competentes;
- Adquirir uma UTI Móvel (veículo com equipamentos necessários para o transporte de pacientes e primeiro socorros);
- Promover melhorias da estrutura física, dos equipamentos (entre eles Desfibrilador ) e dos serviços no hospital municipal, garantindo atendimento preventivo de saúde a toda população que precisa;
- Programa de capacitação contínua para profissionais atuantes na saúde visando à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e cânceres comuns;
- Distribuição gratuita de medicamentos para doenças como pressão alta, diabetes, colesterol e outros;
- Recuperação da estrutura dos equipamentos de saúde (postos) já existentes que atualmente encontram-se em mau estado de conservação e com serviços deficitários;
- Promoção de campanhas itinerantes, em todos os povoados, voltadas a exames oftalmológicos, diabéticos, ginecológicos e urológicos, etc;
- Reativar o centro cirúrgico para realização de exames e de pequenas cirurgias.

#### **Atenção secundária**

- Regular e, conseqüentemente, ampliar o acesso da população aos exames e as consultas especializadas;
- Estruturar a rede de referência e ampliar o acesso à rede hospitalar;
- Remodelar a atuação e a gestão da saúde de nosso município;
- Humanizar as relações;
- Criar um programa de marcação eletrônica de consultas na rede municipal de atendimento à saúde, dando um fim às filas;
- Ampliar o Programa Saúde da Família, priorizando os bairros de maior vulnerabilidade, de acordo com os resultados do zoneamento;
- Implantação de leitos cadastrados nas unidades da rede hospitalar municipal;
- Reativar setores prioritários como: Raio-X, Maternidade, e Pediatria;
- A escolha do Secretário Municipal de Saúde, será feita pelos próprios funcionários da rede municipal de saúde;
- Agir na prevenção de epidemias através da reestruturação da Vigilância Sanitária, a partir da constatação das necessidades levantadas e realizar ações preditivas, preventivas e curativas;

- Avaliar a necessidade de construção de novas unidades básicas de saúde;
- Captar recursos para melhorar a infraestrutura das unidades de saúde do município;
- Contratação de Profissionais nas áreas de: Otorrinolaringologia, cardiologia, oftalmologia, geriatria e ortopedia.

Fonte: Divulgação de candidaturas do Tribunal Superior Eleitoral (2020).

Ao analisar os planos de governo percebeu-se a supervalorização da infraestrutura e rede física dos serviços de saúde, entretanto, não há nos documentos a citação de estratégias de educação permanente e (re)qualificação de recursos humanos para o enfrentamento das complexas necessidades da saúde da população considerando que a simples expansão de serviços não são capazes de propiciar a efetivação de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se por educação permanente em saúde os processos educativos que acontecem no trabalho e com o objetivo de transformação dos fazeres profissionais, em outras palavras, trata-se da educação no trabalho e para o trabalho. São algumas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004: a valorização do trabalhador, o fomento da educação entre os coletivos de trabalhadores (equipes multiprofissionais), a promoção da aprendizagem significativa e da autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004).

O plano de governo do candidato C foi o único que citou a Atenção Primária em Saúde de forma mais ampla abordando pontos como a Equipe Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB); humanização da saúde; gestão democrática e participativa e educação permanente. Por outro lado, identificou-se uma confusão conceitual no que diz respeito às ações que compõem cada nível de densidade tecnológica em saúde.

De acordo com a Lei 8080 de 1990 e o Decreto 7.508 de 2011 o SUS deve ter as suas ações hierarquizadas e regionalizadas em rede, isto é, organizadas em níveis de densidade tecnológicas (primária, secundária ou intermediária e terciária) tendo como portas de entrada: a atenção primária; urgência e emergência; os serviços de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 1990; 2011).

O nível de densidade tecnológica primária, por exemplo, é caracterizado por ações que embora exijam alto grau de conhecimento dos profissionais da saúde não requerem a utilização de instrumentos/equipamentos sofisticados, como, aparelhos para realização de exames de imagem ou instrumentos específicos de centros cirúrgicos ou

unidades de terapia intensiva. Este nível, pauta-se nas tecnologias leves do cuidado, ou seja, no vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, no acolhimento, na autonomia dos sujeitos (MEHRY, 2002).

Nos três documentos analisados, verificou-se também, a não citação de estratégias objetivas para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mesmo que o município possua uma cobertura de 100% da população por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) – segundo os dados de outubro de 2020 (BRASIL, 2020).

De acordo com a PNAB:

[...] § 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.  
§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (BRASIL, 2011, p. 02).

Um outro ponto preocupante é que diante do cenário de pandemia da Covid-19, apenas um dos planos de governo (candidato C) fez menção a este importante problema de saúde pública, entretanto, não especificou quais as estratégias de operacionalização para o seu devido enfrentamento. Convém destacar que a Prefeitura Municipal de Anadia anunciou suas primeiras medidas de prevenção a Covid-19 no mês de março com ações que envolveram: a criação de um comitê estratégico para enfrentamento da crise sanitária, a paralisação das atividades da educação e reestruturação dos atendimentos nos serviços de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE ANADIA, 2020).

De acordo com o Decreto 7.508/2011 o cuidado em saúde deve acontecer de forma articulada e em rede. Entende-se por redes de atenção no âmbito do SUS o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011, p. 01)”.

Os postulantes ao cargo de prefeito B e C - de forma indireta - parece que estavam se referindo as redes de atenção à saúde quando propuseram: “Melhorar as redes de assistência à saúde (saúde mental, psicossocial, do idoso, urgência/emergência e pacientes portadores de necessidades especiais) com adoção de linhas de cuidado e protocolos de atendimento” - candidato B e “Reestruturar as áreas estratégicas da

atenção primária, quais sejam: saúde da mulher, saúde da criança, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle do diabetes e da hipertensão, saúde do idoso, Covid-19” - candidato C.

Destaca-se que as redes de atenção prioritárias do SUS são cinco: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Cada uma das redes de atenção possui componentes próprios e são coordenadas pela atenção básica (BRASIL, 2010; 2014).

Dentre as propostas elencadas no Quadro 1, realça-se a proposta de informatização dos serviços de saúde posta pelo candidato B. A informatização em saúde no Brasil é alvo de discussões desde a década de 90, entretanto, apenas em 2015 instituiu-se a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) por meio da Portaria nº 589, de 20 de maio. A PNIIS objetiva por intermédio da informação o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990; 2015).

São princípios gerais da PNIIS:

- I - informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade;
- II - produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão;
- III - gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento;
- IV - democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde;
- V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde;
- VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo;
- VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais;
- VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde;
- e
- IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo (BRASIL, 2015, p. 2).

## DIÁLOGO COM AS PAUTAS PROPOSTAS PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O CNS propôs as seguintes pautas a serem observadas pelos candidatos e pela população: a promoção da saúde a partir da defesa de um financiamento adequado das

ações e serviços de saúde pública; a promoção da saúde da população trabalhadora do SUS; a promoção das redes de saúde e a gestão pública dos serviços de saúde; a promoção da equidade e da intersetorialidade; a participação e o controle social no SUS; a promoção da saúde das mulheres e a defesa do Sistema Único de Saúde (CNS, 2020).

A primeira pauta defendia que os candidatos em seus planos de governo se posicionassem contrários à Emenda Constitucional (EC) 95/2016. A EC instituiu um novo regime fiscal, isto é, limitou os gastos no setor saúde, além de descontinuar o investimento em políticas públicas pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016; CNS, 2020). Para Ananias e Nolasco (2018, p. 108):

[...] Um regime fiscal constitucional deve permitir a existência de um Sistema Único da Saúde, de Assistência Social e de Serviços Educacionais em e por todo o território brasileiro, de amplitude geral, sólidos e fortalecidos por uma política pública de serviços inclusiva evitando medidas antidiscriminatórias de impedimento de acesso ao mesmo direito para uma grande parcela da população. Isso implica, que ações estatais implementadas hoje, garantam o mínimo essencial para as presentes, e também assegurem que as gerações futuras, de igual maneira, tenham potenciais benefícios e oportunidades.

Ao analisar os documentos objetos de estudo verificou-se que em nenhum deles o financiamento do SUS e a referida EC foram citados. O mesmo aconteceu com as pautas referente a saúde dos trabalhadores do SUS, saúde das mulheres, equidade e trabalho intersetorial e a defesa do SUS.

Em relação a saúde da população trabalhadora do SUS o Conselho Nacional de Saúde destacou que o contexto de pandemia evidenciou a importância dos trabalhadores da saúde, por outra perspectiva, enfatizou as relações de precarização do trabalho que dificultam uma assistência alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, por isso, defenderam o comprometimento dos candidatos com a realização de concursos públicos, bem como a implementação de Planos de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) e condições mínimas para o exercício do trabalho com dignidade (CNS, 2020).

No tocante à saúde das mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) considerando o contexto multifacetado de vulnerabilidades sociais em que as mulheres estão expostas apresenta como objetivos gerais:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos

---

os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 67).

Na perspectiva da PNAISM, o CNS (2020, p. 03) conclama:

[...] que as(os) elegíveis defendam a política de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e a todo o processo da gravidez e puerpério, além do funcionamento efetivo do SUS na rede de proteção à mulher vítima de violência física e sexual, bem como punição efetiva aos agressores.

Reconhecer as especificidades das necessidades de saúde da população e ofertar mais atenção e cuidado para quem mais precisa diz respeito ao princípio da equidade (BRASIL, 1990). Este princípio deve ser transversal, ou seja, deve constar em todas as políticas de saúde e na atenção aos cidadãos de todos os ciclos de vida, orientação sexual, identidade de gênero, cor/raça, religião, modos de vida e condições de saúde. Por essa razão, o CNS defendeu que os candidatos especificassem em seus programas as ações entre os diversos setores que contemplem toda a população de forma equânime (CNS, 2020).

Nos planos dos candidatos B e C notou-se algumas propostas favoráveis a participação social no SUS, foram elas: o fortalecimento/reactivação do Conselho Municipal de Saúde e a gestão democrática e participativa no que concerne as eleições para diretores e coordenadores da saúde no referido município, o que favorece a meritocracia no processo de escolha em detrimento de indicações não técnicas. A participação popular no SUS é garantida pela Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990).

Sobre o engajamento popular no SUS Milani et al. (2020, p. 285) defendem que:

a participação popular confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das ações e serviços de saúde, na busca do efetivo direito à saúde, e está diretamente relacionada ao grau de democratização das políticas públicas, da consciência cidadã e da busca por uma gestão efetiva e participativa nas políticas públicas de saúde.

Ainda se tratando do controle social no SUS, Lima et al. (2019) defendem que o tema seja alvo da formação acadêmica em saúde, já que o empoderamento do profissional perante ao SUS favorece também o potencial de mobilização da sociedade sob sua

responsabilidade num determinado território. Tal formação, deve ser na perspectiva da horizontalidade de saberes, empática e imersiva no real contexto de saúde das populações (LIMA, 2020).

Dentre os três planos de governo analisados, nenhum fez menção direta ao Sistema Único de Saúde, embora algumas políticas fossem citadas como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF) que atualmente se configura como uma estratégia (Estratégia Saúde da Família) e não mais como um programa. Os fazeres pautados pelo CNS vão na direção da defesa de um Sistema Único de Saúde universal, que pratica a equidade e a integralidade no cuidado de todos os cidadãos brasileiros e dialoga diretamente com os preceitos da Constituição Federal de 1988.

## CONCLUSÃO

Ao analisar os planos de governo percebeu-se que o SUS foi abordado de forma superficial por todos os candidatos, nessa perspectiva, chama-se atenção para o predomínio de elementos como a supervalorização da infraestrutura da rede física do SUS; o enaltecimento das especialidades médicas e nível de densidade tecnológica intermediária - se comparado com a atenção básica e as ações de prevenção primária - o que favorece a fragmentação do cuidado da população. Nesse contexto, parece que os postulantes desconheciam as generalidades e especificidades das principais políticas de saúde vigentes no País e a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde, visto que, em sua maioria, as propostas destoaram do que preconiza a legislação vigente.

Os planos de governo resumiram-se a uma lista de promessas sem que houvesse o devido tratamento no que concerne ao planejamento estratégico, ainda nesse sentido, enfatiza-se que os dados epidemiológicos que deveriam ser norteadores para a elaboração dos planos e do fazer saúde cotidiano sequer foram mencionados.

As propostas dos candidatos pouco dialogaram com a carta de saúde pública elaborada pelo CNS. É nesse contexto de desmonte das políticas socioeconômicas em nível Brasil - que reflete diretamente em âmbito municipal, falta de conhecimento técnico sobre o sistema de saúde e sua legislação e conseqüente baixa mobilização social que o SUS (sobre)vive com a difícil tarefa de promover integralidade do cuidado aos usuários, equidade e universalizar o acesso.

## REFERÊNCIAS

1. ANANIAS, Ricardo Alex Ribeiro; NOLASCO, Loreci Gottschalk. Análise da emenda constitucional n. 95, de 2016, sob a perspectiva de Violação de direitos fundamentais. *Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça*, v. 6, 2018.
2. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 10 dez. 2020.
3. BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 jun. 2011.
4. BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 15 dez. 2016.
5. BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 dez. 1990.
6. BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Cobertura da atenção básica**. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13 Dez. 2020.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 12 jan. 2021.
10. BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema

- Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 14 fev. 2004.
11. BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 21 set. 2017.
  12. BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.
  13. BRASIL. **Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015**. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589\\_20\\_05\\_2015.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.htm). Acesso em: 10 Jan. 2021.
  14. BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Divulgação de candidaturas e contas eleitorais**. 2020. Disponível em:  
<https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/>. Acesso em: 15 Out. 2020.
  15. CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
  16. CNS - Conselho Nacional de Saúde. **CNS lança Carta da Saúde Pública às(aos) candidatas(os) às Eleições Municipais de 2020**. Disponível em:  
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1386-cns-lanca-carta-da-saude-publica-as-aos-candidatas-os-as-eleicoes-municipais-de-2020>. Acesso em: 10 Out. 2020.
  17. Gil, A. C. (2007). **Como elaborar projetos de pesquisa (4th ed)**. São Paulo: Atlas.
  18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades@**. Disponível em:  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/anadia/panorama>. Acesso em: 10 jan. 2021.
  19. LIMA, Erivaldo Santos de et al. Educação em saúde para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 9, n. 4, p. 98-104, 2019. <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i4.6969>.
  20. LIMA, Erivaldo Santos de. Ensino em Fisioterapia no Brasil: como inquietar o estudante e despertar o seu protagonismo?. *Revista Sustinere*, v. 8, n. 2, p. 570-580, 2020. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.46127>.
  21. MILANI, Maria Luiza et al. A Gestão e o Plano Municipal de Saúde do Município de Caçador, Santa Catarina. *Desenvolvimento em Questão*, v. 18, n. 53, p. 266-287, 2020. <http://dx.doi.org/10.21527/2237-6453.2020.53.266-287>.
  22. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP):Hucitec; 2002.

- 
23. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
24. PREFEITURA MUNICIPAL DE ANADIA. **Prefeito de Anadia anuncia medidas de prevenção ao Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.anadia.al.gov.br/noticia/1023/Prefeito-de-Anadia-anuncia-medidas-de-prevencao-ao-Coronavirus->. Acesso em: 19 jan. 2021.