

# Articulação virtuosa entre saúde-educação no enfrentamento da pandemia de Covid-19: uma análise a partir do polo de saúde pública de Lagarto (Sergipe, Brasil)

---

*Virtuous articulation  
between health-education  
in the fight against the  
COVID-19 pandemic:  
an analysis from the  
public health center of  
Lagarto (Sergipe, Brazil)*

---

**Hellen Deise Lopes dos Santos<sup>1</sup>**  
**Christiane Senhorinha Soares Campos<sup>2</sup>**

---

1.  
Economista. Mestre em  
Desenvolvimento Regional pelo  
Programa de Pós-Graduação em  
Economia da Universidade Federal  
de Sergipe (UFS).  
hellenlopes21@gmail.com

2.  
Professora do Departamento de  
Economia e dos Programas de  
Pós-Graduação em Economia  
(PROPEC) e Geografia (PPGEO)  
da UFS.  
christianescampos@gmail.com

---

## **Resumo**

A pandemia da Covid-19 evidenciou para o mundo, e para os países subdesenvolvidos em particular, o quanto são estreitos os elos entre saúde e desenvolvimento. No Brasil, o debate sobre essa correlação se ampliou a partir da luta pela reforma sanitária na década de 1980, pela saúde como direito universal na Constituição de 1988 e pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o contexto pandêmico deixou explícito que não se pode mais ignorar os perigos de ter um sistema de saúde público subfinanciado, uma extrema dependência externa e a inexistência de uma política nacional de desenvolvimento. Por outro lado, também foi neste contexto que se constataram os efeitos da articulação virtuosa entre o investimento público em saúde e educação, sobretudo em regiões periféricas. Este artigo analisa o polo de saúde pública de

Lagarto, no interior de Sergipe, mostrando seu processo de construção e enfatizando a contribuição do mesmo para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

### **Palavras-chave**

Saúde pública. Desenvolvimento. Pandemia Covid-19. Lagarto (Sergipe)

### **Abstract**

*The COVID-19 pandemic showed to the world, and to underdeveloped countries in particular, how close are the links between health and development. In Brazil, the debate on this correlation has expanded with the struggle for health reform in the 1980s, for health as a universal right in the 1988 Constitution and for the construction of the SUS. However, the pandemic context made it clear that it is no longer possible to ignore the dangers of having an underfunded public health system, an extreme external dependence and the inexistence of a national development policy. On the other hand, it was in this context that the effects of the virtuous articulation of public investment in health and education can be seen especially in peripheral regions. Thus, this article analyzes the experience of the public health center in Lagarto, in the state of Sergipe/Brazil, emphasizing its contribution to fighting the pandemic.*

### **Keywords**

Public health. Development. Pandemic. COVID-19. Lagarto (Sergipe).

### **Introdução**

Em 2020, a pandemia de Covid-19 evidenciou para o mundo, e para os países subdesenvolvidos em particular, o quanto são estreitos os elos entre saúde e desenvolvimento. No Brasil, a discussão da correlação entre esses temas remonta a meados do século passado (COSTA *et al.*, 2017). Entretanto, foi no contexto da redemocratização do país que se aprofundaram os debates sobre os investimentos em saúde pública como uma questão de desenvolvimento.

A luta pela reforma sanitária na década de 1980, a mobilização para assegurar a saúde como direito universal

3.

Este artigo sintetiza parte da dissertação de mestrado de Hellen Deise Lopes dos Santos, intitulada "Saúde e desenvolvimento: uma análise dessa relação a partir do estudo dos impactos do polo de saúde federal em Lagarto-SE", defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Economia (PROPEC) da UFS, em abril de 2021.

na Constituição de 1988 e, sobretudo, o desafiador trabalho de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 são parte dessa história, que associa desenvolvimento com melhoria da qualidade de vida. Este processo resultou na implementação de políticas públicas universais no país, que impactaram positivamente seus indicadores socioeconômicos.

Entretanto, o recente contexto pandêmico deixou explícito que não se pode mais ignorar os perigos de ter um sistema de saúde público subfinanciado, uma extrema dependência externa para garantir a oferta dos bens e serviços de saúde e a inexistência de uma política nacional de desenvolvimento, alicerçado no investimento industrial, tecnológico e científico, que vise reduzir as enormes desigualdades socioespaciais em múltiplas escalas. Historicamente, é nas regiões periféricas, como o Nordeste brasileiro, em que são mais nítidas as consequências das desigualdades resultantes da formação socioeconômica do país (CARLEIAL, 2009), que vêm se expressando dramaticamente na pandemia.

Por outro lado, também foi neste contexto que se constataram os efeitos da articulação virtuosa entre investimento público em saúde e educação públicas, realizado no país nos primeiros quinze anos do século XXI, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Neste sentido, este artigo analisa a experiência do polo de saúde pública de Lagarto, no interior de Sergipe, fazendo um breve resgate de sua construção e enfatizando a contribuição do mesmo para o enfrentamento da pandemia de Covid-19<sup>3</sup>.

No que tange ao método científico, este trabalho resultou de uma pesquisa acadêmica que se alicerçou no estruturalismo. Na Economia brasileira, este método ganhou relevância na segunda metade do século XX com os estudos de Celso Furtado, resgatando a formação econômica do país e caracterizando o subdesenvolvimento como expressão da forma desigual de construção do capitalismo. A escolha desse caminho metodológico implicou em analisar o polo de saúde de Lagarto inserido na estrutura do SUS em Sergipe. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a revisão bibliográfica, a análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas.

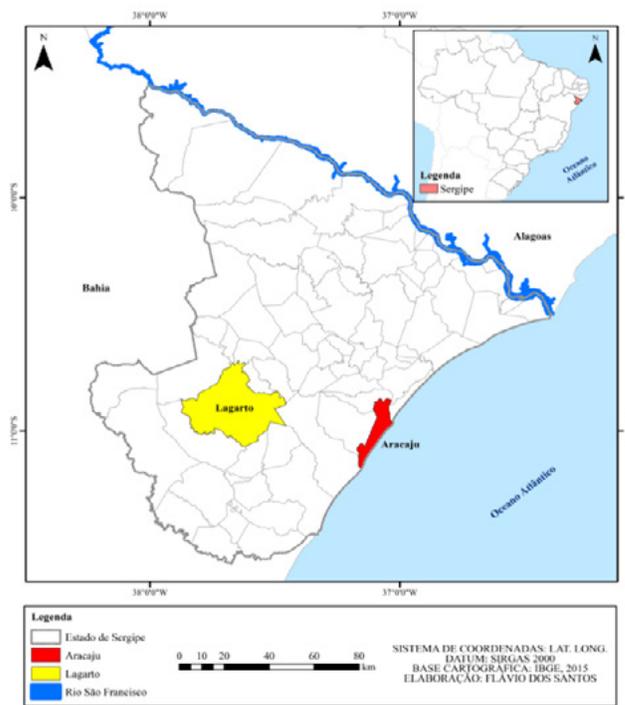
4. De acordo com Marconi e Lakatos (2011, p. 274) "a observação qualitativa implica em conhecer e aprofundar as situações sociais mantendo uma reflexão contínua e observando detalhes dos sucessos, dos eventos e das interações".

5. Houve o compromisso de não revelar as identidades das pessoas que concederam as entrevistas. Por isso, neste artigo os entrevistados são identificados com números.

Ainda no âmbito metodológico, é relevante explicitar que a pesquisa teve como base a abordagem qualitativa. Segundo Richardson (1999, p. 90), "a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados (...)". Nesta perspectiva, foram realizadas entrevistas com pessoas que tinham ou tiveram vínculos com o polo de saúde pública de Lagarto. A escolha dos entrevistados ocorreu a partir da observação qualitativa<sup>4</sup>, que possibilitou identificar sujeitos que poderiam relatar os fatos sumariamente descritos nos documentos e/ou apontar aspectos específicos dos processos vivenciados. Foram entrevistadas seis pessoas: uma funcionária do hospital, um gestor da Universidade Federal de Sergipe (UFS), uma docente, uma funcionária da Secretaria Municipal de Saúde e dois discentes egressos do curso de Medicina<sup>5</sup>. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. De modo complementar foi utilizada a abordagem quantitativa, apresentando dados referentes ao setor de saúde no país, bem como dados relacionados à pandemia de Covid-19 no município de Lagarto e no estado de Sergipe.

O artigo está dividido em cinco partes, além desta introdução. Inicialmente há uma breve discussão sobre saúde e desenvolvimento e, em seguida, uma caracterização da trajetória de construção do SUS em Sergipe. Na sequência é relatada a implantação do polo de saúde pública no município de Lagarto. No penúltimo item são analisadas as contribuições deste polo no enfrentamento da pandemia. E, por fim, são tecidas algumas considerações sobre essa articulação virtuosa entre investimentos em saúde e educação públicas. No Mapa 1 apresentamos a localização de Lagarto, o município estudado, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2021) tem uma população de aproximadamente 106 mil habitantes.

Mapa 1.  
Localização de Lagarto-SE  
Fonte: Santos (2021, p. 18).



## O diálogo entre saúde e desenvolvimento nos estudos econômicos

A influência de fatores econômicos nas condições de saúde é tema amplamente discutido e reconhecido no meio acadêmico. Um dos estudos pioneiros dessa discussão foi o de Samuel Preston (1975), que buscava verificar se havia correlação entre renda per capita e a expectativa de vida, analisando dados de diversos países durante três décadas diferentes do século XX (1900, 1930 e 1960). Os resultados obtidos apontaram para uma forte correlação, positiva e não linear, entre a longevidade e a renda per capita dos países. De modo geral, constatou-se uma relação causal de renda para saúde, uma vez que o maior nível de renda possibilita acesso a bens e serviços promotores da mesma.

Preston evidencia ainda que fatores exógenos ao nível de renda per capita de um país tiveram um efeito significativo sobre a melhoria das condições de saúde, sendo eles o acelerado desenvolvimento tecnológico e

a ampliação dos sistemas de saúde pública na década de 1940. O primeiro fator possibilitou o tratamento de diversas enfermidades responsáveis pelos altos níveis de adoecimento e mortalidade. Já o segundo ampliou o acesso à saúde de uma parcela cada vez maior da população e garantiu a demanda para as tecnologias em saúde, tais como medicamentos e vacinas.

No Brasil, os estudos correlacionando os temas de saúde e desenvolvimento também foram desenvolvidos ao longo da segunda metade do século XX a partir de diferentes enfoques. Costa *et al.* (2017, p. 2120) constatam que atualmente tem se ampliado as análises sobre as conexões que existem "(...) entre os direitos sociais, a inovação e a estrutura dinâmica do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), cuja formulação teórica trata da inter-relação sistêmica entre os segmentos produtivos do setor secundário e terciário", que se articulam na cadeia produtiva da saúde.

O setor da saúde vem gradativamente aumentando sua relevância como gerador de emprego e renda na economia brasileira. De acordo com o IBGE, em 2017 o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 608,3 bilhões, representando 9,3% do Produto Interno Bruto (PIB). Naquele ano, esse consumo se dividiu da seguinte forma: R\$ 253,7 bilhões (3,9% do PIB) foram despesas de consumo do governo e R\$ 354,6 bilhões (5,4% do PIB) despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias.

Outra variável importante na análise sobre o papel socioeconômico do setor da saúde é o número de postos de trabalho em atividades relacionadas à área, cujo crescimento foi superior à média da economia nacional. Conforme dados do IBGE, a participação da saúde no total de postos de trabalho do país passou de 5,3% das ocupações em 2010 para 6,4% em 2015, atingindo a marca de 7,1% em 2017. E as remunerações no setor também estão acima da média da economia, com um rendimento médio anual de R\$ 43,8 mil em 2017 contra R\$ 33,4 mil das atividades relacionadas a outros segmentos.

Apesar do reconhecido crescimento do setor, observa-se que o acesso aos serviços de saúde apresenta uma distribuição bastante heterogênea no território brasileiro, com uma concentração destes serviços nas capitais e em

grandes centros urbanos, replicando as desigualdades socioeconômicas regionais. Esse é um dos grandes obstáculos à consolidação dos princípios que regem o SUS, sobretudo no que diz respeito à universalização, à integridade e à descentralização.

No âmbito acadêmico tem se ampliado o debate sobre as desigualdades regionais de acesso à saúde, a necessidade do processo de descentralização da saúde pública e a relevância dos investimentos em saúde para qualificar o processo de desenvolvimento no conjunto do país. Com este enfoque, Gadelha *et al.* (2011) analisam o processo de descentralização da saúde pública como propulsor de desenvolvimento na sua dimensão regional, através do papel central que a saúde desempenha para a organização das redes urbanas, além do potencial para definir novos fluxos de investimentos, revertendo assim tendências tradicionais de concentração da produção e renda no espaço.

Nesta mesma perspectiva analítica, Viana e Silva (2017) evidenciam que existe um reforço mútuo entre saúde e desenvolvimento que pode ensejar um círculo virtuoso, no qual a expansão do SUS possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social, uma vez que existe uma forte correlação bidirecional entre saúde e renda. Os autores também destacam o papel que o crescimento do SUS desempenha na geração de emprego e renda, contribuindo para o desenvolvimento, sobretudo das regiões com piores indicadores socioeconômicos.

Nesta mesma direção, Albuquerque *et al.* (2017), ao analisarem as transformações no segmento de saúde no Brasil entre 2000 e 2016, atrelam a melhoria da distribuição das regiões de saúde à combinação entre política social, econômica e regional ocorrida no período em que o país experimentou diminuição da pobreza.

Assim, para além correlação positiva entre saúde e renda, especialmente no sentido da renda para saúde apontada por Preston (1975), os estudos sobre o tema, tanto no âmbito internacional quanto nacional, têm constatado que esta correlação é na verdade bidirecional, podendo também ser explicada por uma relação causal no sentido oposto: da saúde para a renda (BLOOM e CANNING, 2000). Dessa forma, se corrobora a compreensão de que as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser

entendidas "como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população" (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1766).

Todavia, o fato de o Brasil ter iniciado a construção do SUS a partir da década de 1990 - no mesmo contexto em que se implementaram no país as políticas neoliberais - limitou os efeitos deste processo sobre o desenvolvimento. Como destaca Cano (2017), a prioridade da ação estatal passou a ser a estabilidade econômica e a criação de condições favoráveis ao processo de acumulação de capital hegemônico pelo capital financeiro.

Essa mudança no papel do Estado e nos rumos da economia brasileira geraram efeitos deletérios sobre a estrutura produtiva, que passou a sofrer um processo de desindustrialização precoce (CANO, 2017), uma vez que o investimento público teve papel fundamental no desenvolvimento industrial do país e foi drasticamente reduzido com as políticas neoliberais. Isso impacta diretamente no CEIS, pois não é possível desenvolver esse complexo sem amplos investimentos em indústria, ciência e tecnologia.

Neste sentido, Viana e Elias (2007) constatarem que enquanto nos países europeus os sistemas públicos de saúde foram construídos em um longo período de crescimento econômico e de ampliação das políticas sociais no pós-guerra, no Brasil essa construção ocorreu em "(...) um período de crise, de estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário" (idem, p. 1767).

Entre esses limites, os autores apontam o financiamento das ações e serviços de saúde, que são frequentemente impactados pelas políticas de ajuste, e a forte dependência externa dos produtos do complexo industrial de saúde, ampliando a vulnerabilidade do país às oscilações cambiais. Além disso, há a privatização da produção

e comercialização de bens e serviços, dificultando a execução de uma política de desenvolvimento nacional.

A pandemia de Covid-19 evidenciou a pertinência desta análise à medida que esses limites não apenas se ampliaram, como se tornaram mais complexos. No que tange à extrema dependência externa, por exemplo, no ano de 2020 o país sofreu não somente com a oscilação cambial, mas principalmente com a dificuldade para garantir o abastecimento tanto de itens básicos, como máscaras e luvas, quanto de insumos para o desenvolvimento de vacinas e equipamentos, como respiradores, indispensáveis para tratamentos de alta complexidade, cuja demanda cresceu exponencialmente.

Por outro lado, o contexto pandêmico reiterou a relevância do SUS, uma vez que, apesar dos gargalos que o sistema enfrenta, ser a rede de saúde pública que tem viabilizado o combate à pandemia sobretudo nas regiões com maior vulnerabilidade social, como é o caso do Nordeste brasileiro. Nesse sentido, se considera fundamental analisar experiências como a do polo de saúde pública de Lagarto, que fez a diferença no Estado de Sergipe, evidenciando os efeitos da articulação virtuosa entre investimentos em saúde e educação públicas colocados a serviço da luta pela vida.

### **Saúde e desenvolvimento em Sergipe: a construção do SUS na periferia da periferia**

No Brasil foram realizados avanços importantes na área da saúde pública ao longo do século XX, sendo o maior deles a construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e viabilizado pela edição da Lei 8.080/90.

Em um contexto nacional permeado pela crise e em meio ao processo de redemocratização, o movimento de reforma sanitária que emerge na década de 1980 se alicerça no reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2007) e propõe a construção de um sistema de saúde público que, entre outras questões, se compromete a contribuir com a redução das desigualdades.

Tavares (2009) aponta que neste período a área da saúde em Sergipe enfrentava muitos problemas, como a inexpressiva visibilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Conforme a autora, na década 1980, mesmo com o uso dos recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) as ações caracterizavam-se pela descontinuidade, pela não integralidade da assistência e pela fragmentação dos serviços, sem impactar ou alterar o quadro sanitário do estado.

Na área da saúde pública brasileira, a década de 1990 é marcada pela regulamentação do SUS com o estabelecimento das atribuições de cada esfera do governo e a busca da descentralização alicerçada no processo de municipalização. Entretanto, em Sergipe não houve mudanças estruturais na Secretaria de Estado de Saúde, que continuava com o modelo de prestação de serviços, apresentando modestos avanços no processo de descentralização. Este processo avançou a passos mais largos com a edição da NOB 96. Entretanto, assim como ocorria em milhares de municípios brasileiros, os municípios sergipanos não possuíam recursos técnicos para resolver problemas de complexidades tão variadas (TAVARES, 2009).

Nos anos 2000, a taxa de adesão municipal ao SUS era de aproximadamente 99%. Entretanto, apenas 523 dos 5506 municípios brasileiros - cerca de 9% do total - estavam em condição de gestão plena do sistema municipal. Neste período, todos os municípios sergipanos estavam habilitados como gestores plenos da atenção básica. Contudo, nem mesmo a capital estava habilitada como gestora plena municipal. Somente em 2003 cinco municípios sergipanos conquistaram essa habilitação: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto e Nossa Senhora do Socorro.

Essa trajetória de construção do SUS em Sergipe explicita uma realidade que foi apontada nas avaliações sobre o processo de descentralização das políticas de saúde no país. A implementação dos programas evidenciou a grande desigualdade entre os municípios no que concerne às condições políticas, de fragilidades administrativas, técnicas, financeiras e até mesmo de necessidades de saúde identificadas, o que, segundo Duarte *et al.* (2015), tornou o processo extremamente intrincado.

Embora as políticas públicas de saúde em Sergipe não tenham alcançado mudanças significativas ao longo da década de 1990 que viessem a materializar as propostas trazidas pela Carta Magna, elas serviram como base para a reforma sanitária do SUS. Esta se seguiria no estado Sergipano na próxima década e a descentralização do sistema passaria a ter ênfase na regionalização. Essa perspectiva da regionalização levou em conta o fato de que alguns milhares dos municípios brasileiros eram tão pequenos que seriam incapazes de gerir um sistema completo e funcional em seu território.

Sergipe é o menor dos estados brasileiros, com uma população de pouco mais de 2 milhões de habitantes, sendo que aproximadamente 80% dos seus municípios possuem menos do que 20 mil habitantes. Desse modo, a divisão por regiões foi uma alternativa muito pertinente para viabilizar o fornecimento da atenção integral e acesso universal à saúde para a população. O estado foi dividido em sete regiões de saúde, que são constituídas por municípios limítrofes distribuídos por especificidades culturais, redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados e por suas histórias de desenvolvimento social e econômico.

A reforma sanitária do SUS em Sergipe teve início em 2001 na capital sergipana e, posteriormente, em 2007, foi estendida para o todo do estado. A Secretaria de Saúde de Sergipe realizou diagnóstico situacional e estabeleceu nas redes de saúde locais um padrão de integralidade de atendimento. O projeto de reforma sanitária do estado propunha, dentre outras coisas, dotar todos os estabelecimentos componentes da rede interfederativa de qualidade a partir da introdução de padrões de ambiência, insumos, equipe, oferta e organização produtiva. Também se propôs a interiorização os serviços de saúde e a transformação da rede hospitalar sergipana. As mudanças ainda incluíram aspectos administrativos, gerenciais e jurídicos com vistas a consolidar as redes interfederativas. É no bojo deste amplo processo de transformação da saúde pública em Sergipe que é construído o polo de saúde em Lagarto.

6. Tratava-se de uma política do governo federal iniciada na primeira metade da década de 2000 e se deu basicamente por meio de dois programas: Expandir (2003-2006) e Reuni (2007/2012).

## **A articulação entre saúde e educação como propulsora do desenvolvimento regional**

O projeto para construção do Hospital Regional de Lagarto (HRL) é concebido como parte da reforma sanitária em Sergipe e também como parte de um processo de expansão e de interiorização da Universidade Federal de Sergipe, uma vez que o polo de saúde de Lagarto visava tanto a ampliação da oferta dos serviços de saúde no interior quanto a formação de profissionais de saúde voltados para o serviço público. Nesse sentido, o HRL e o Campus da Saúde de Lagarto materializam no território sergipano a convergência entre os investimentos em saúde e educação pública. É importante ressaltar que naquele contexto o ensino público superior passava por um processo de ampliação e reestruturação em todo o país<sup>6</sup>.

O diferencial de um polo de saúde articulado com o ensino superior faz com que haja uma potencialidade ainda maior de inserção e fixação da força de trabalho. A esfera da saúde por si só já é uma área importantíssima de investimento, mas quando vinculada com a educação existe uma alta sinergia para dentro da região, uma vez que impacta não só o desenvolvimento local, mas de uma macrorregião, o que ganha uma dimensão ainda maior em se tratando de regiões periféricas como o Nordeste brasileiro.

Conforme Santos (2021), em março de 2021 o Campus Lagarto da UFS contava com 329 funcionários, entre técnicos e docentes, e cerca de 1760 alunos matriculados, um avanço significativo ao se comparar com o seu primeiro ano de funcionamento, 2011. Naquele ano foram ofertadas 300 vagas distribuídas entre os cursos de Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Enfermagem, Farmácia e Terapia Ocupacional e seu quadro de funcionários contava com apenas 41 servidores, entre técnicos e docentes, e cerca de 33 professores contratados. Neste mesmo período, o Hospital Universitário de Lagarto (HUL), cuja administração é feita pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), tinha 665 funcionários efetivos, incluindo profissionais da saúde e área administrativa, além de 228 profissionais da saúde

contratados e cerca de 170 profissionais terceirizados (vigilância, limpeza, apoio administrativo e alimentação).

Muitos foram os benefícios advindos do Polo de Educação e Saúde de Lagarto, que vão desde a infraestrutura, diversificação e modernização de recursos diagnósticos, mão de obra especializada, atração e fixação de profissionais, ampliação significativa de especialidades médicas, além da oferta do ensino em saúde de forma integrada, próximo à comunidade e articulada com as três esferas de gestão do SUS. Os benefícios dessa articulação entre investimentos em saúde e em educação pública já eram reconhecidas na macrorregião de saúde de Lagarto, mas para o conjunto do estado se tornaram mais evidentes com a pandemia de Covid-19.

### **Contribuições do Polo Federal de Saúde de Lagarto no enfrentamento da pandemia**

Ao longo dos últimos 10 anos, o Campus da Saúde de Lagarto, assim como o Hospital Universitário de Lagarto, vem se consolidando com uma referência de educação e assistência em saúde para os que buscam esses serviços na região. Desde a chegada do Campus e da federalização do HUL, o polo federal de saúde em Lagarto desenvolveu-se significativamente em diversos aspectos, como infraestrutura, força de trabalho, tecnologias, equipamentos e, sobretudo, na estruturação e ampliação da assistência.

A partir de março de 2020, o Polo Federal da Saúde em Lagarto disponibilizou para região e para todo estado de Sergipe seu potencial em capacitação e treinamento, profissionais, estrutura física, equipamentos e sua experiência na produção de ciência baseada em evidência. De modo que, no enfrentamento da pandemia, foi possível contar com o envolvimento de toda a comunidade acadêmica, professores, alunos e técnicos-administrativos.

O Hospital Universitário de Lagarto tornou-se hospital referência para o tratamento de Covid-19 no interior de Sergipe. Para tanto, o HUL precisou adaptar sua estrutura e funcionamento. Em meados de março de 2020, o HUL elaborou um Plano de Contingência para Coronavírus, que sistematizou fluxos de atendimento e medidas de prevenção e controle. Ainda houve a instauração de um Comitê Gestor de Crise (CGC) multiprofissional que

englobava não apenas profissionais da área de saúde, mas também colaboradores da área de compras, abastecimento e logística, para definir estratégias de atuação. Também foram criados a Unidade de Doenças Respiratórias (UDR) e um Hospital de Campanha com 20 leitos de UTI, o único no estado totalmente voltado para a terapia intensiva (EBSERH, 2021).

Cabe destacar que inicialmente estes 20 novos leitos seriam de enfermaria, mas que por sua estrutura diferenciada foram convertidos em leitos de UTI para reforçar a assistência do estado. Com o Hospital de Campanha, o HUL disponibilizou no total 30 leitos de UTI Covid, ficando atrás apenas do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), que é o maior hospital público sergipano na disponibilização de UTIs para pacientes graves de Covid-19 em 2020. No total, o HUL chegou a disponibilizar 66 leitos dedicados à assistência de pacientes com Covid-19, sendo 30 de UTI e 36 de enfermaria.

As entrevistas realizadas por Santos (2021) evidenciam a contribuição do polo de saúde federal de Lagarto no enfrentamento da pandemia em múltiplos aspectos. A entrevistada 1, funcionária do HUL, relata que o Hospital de Campanha do HUL tinha uma estrutura espetacular, que chegava a ser superior ao que tinha sido improvisada no HUL para o tratamento de Covid-19. De acordo com a colaboradora, o Hospital de Campanha contava com o filtro HEPA dentro dos quartos, que não permitia que o paciente aspirado contaminasse o ambiente, que é o indicado para paciente em isolamento respiratório. Ademais, foram recebidos pacientes de outras regiões de saúde, inclusive de Aracaju (SANTOS, 2021, p. 98). O entrevistado 2 também destacou que se constituiu um fluxo reverso, da capital para o interior, com Lagarto recebendo pacientes.

*Um fluxo reverso numa situação crítica como a pandemia que coloca em extremos os serviços, só pode acontecer porque há confiança e a garantia de uma boa assistência, e essa confiança e essa garantia ela só acontece por quê? Pelo histórico do que foi feito, pelas melhorias, pelo recurso diagnóstico porque não adianta você ter um profissional excelente se você não dá a ele recursos de diagnóstico. (SANTOS, 2021, p. 99)*

Ao longo de 2020, o HUL prestou 3.600 atendimentos e 960 internamentos relacionados à Covid-19, estando a unidade hospitalar na quarta colocação em volume de atendimentos dentre os 40 hospitais universitários da Rede Ebserh no país (EBSERH, 2021). E a atuação do HUL nos primeiros meses da pandemia foi muito além da assistência propriamente dita. Em parceria com o Campus Lagarto, o hospital realizou capacitação para 940 profissionais de saúde da própria instituição e de outras, tais como a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Saúde de Lagarto, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Conselho Regional de Medicina e Residência Multiprofissional HU-UFS, além de capacitar 121 alunos dos cursos de saúde da UFS Lagarto.

Dentre os treinamentos realizados destacam-se: *Oxigenoterapia* na Covid-19; Sequência rápida de intubação e sistema fechado de aspiração; Fluxo de entrada do paciente no HUL; Fluxo de entrada do colaborador e *Paramentação/Desparamentação*; Ventilação mecânica protetora na Covid-19 e Posição Prona. Esses treinamentos foram ministrados no Centro de Simulações e Práticas (CENSIP) com simulações realísticas. O treinamento foi estruturado em diversas situações que simularam o que o profissional vivenciaria no atendimento com um método que permite que o conhecimento seja aplicado na prática de forma eficaz, dando segurança à equipe de saúde e aperfeiçoando o cuidado aos pacientes (EBSERH, 2021 e UFS, 2020).

A entrevistada 3, docente da UFS, ressaltou ações e projetos implementados pela comunidade acadêmica no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

*O departamento de farmácia confeccionando álcool em gel (...) professores com alunos uma força tarefa impressionante. Foi quem deu suporte a muitas unidades de saúde inclusive hospitais. (...) foram realizadas campanhas de teste rápidos, de conscientização. (...) a gente implementou vários projetos, um deles é projeto pra atender alunos que estão em sofrimento mental, que é o Aquecer. (...) você entra em contato e eles atendem, não precisa ser só aluno não, professor técnico, pessoa da comunidade. (SANTOS, 2021, p. 100).*

Todos os entrevistados relataram que a comunidade acadêmica da UFS, entre docentes, discentes e técnicos-administrativos, se envolveu ativamente no enfrentamento da pandemia. Em Lagarto, o Departamento de Farmácia do Campus juntou-se à iniciativa do Departamento de Farmácia do Campus Sede da UFS e passou a produzir álcool em gel à 70% no Campus da Saúde a partir de março de 2020. O álcool produzido foi destinado à doação para instituições de saúde, destacando-se aqui o próprio Hospital Universitário de Lagarto, que representou a maior demanda, e a comunidade, sobretudo famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica (UFS, 2020).

Outros projetos voltados para o enfrentamento da pandemia implementados pela comunidade acadêmica que merecem destaque são: i) projeto *Alô Comunidade*, que produziu episódios de podcast sobre Covid-19, formas de prevenção e cuidados com a saúde mental durante a pandemia, com cerca de sete minutos cada. Os podcasts foram disponibilizados no Spotify e buscou-se também parcerias com rádios comunitárias (UFS, 2020); ii) Central de Informações sobre o Covid-19, colocada em operação pela Liga Acadêmica de Farmacologia Clínica de Lagarto. A comunicação se realizava por meio do WhatsApp, mas as perguntas e as respostas eram divulgadas em diversas plataformas. O acesso a esse conteúdo foi também disponibilizado à comunidade surda na página do Instagram da Liga Acadêmica em Inclusão dos Deficientes Auditivos e Surdos na Saúde (Laidass) graças à parceria com o grupo. De acordo com a UFS, o grupo contou com cerca de 414 participantes (UFS, 2020). iii) projeto *Acolhendo Quem Cuida*, de iniciativa de docentes e discentes da UFS, que ofertou Práticas Integrativas e Complementares durante a pandemia; iv) *Falando sobre suicídio na pandemia: informação e prevenção*, sendo esta uma iniciativa da equipe de psicologia da Divisão de Assistência Estudantil (DAE).

O Campus Lagarto também atuou auxiliando a Prefeitura de Lagarto no processo de testagem, contribuindo para o rastreamento e o monitoramento de casos positivos de Covid-19 no município. O projeto

idealizado pela UFS buscou traçar um mapa epidemiológico do estado nas dez cidades mais populosas de Sergipe, sendo Lagarto uma delas (UFS 2020, Lagarto, 2020). O processo de testagem ocorreu de forma integrada com as centrais de atendimento e monitoramento realizadas pela Vigilância Epidemiológica de Lagarto, e contaram com a parceria dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Terapia Ocupacional. A coleta do material sorológico foi realizada pela prefeitura e o processamento dos testes foi realizado no laboratório do campus (UFS, 2020). O Departamento de Farmácia do Campus Lagarto coordenou também uma equipe que contou com cinco docentes, seis técnicos e uma aluna de mestrado do campus para testagem de colaboradores do HUL (UFS, 2020).

Destaca-se também a participação de cinco professores do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) dos Campus de São Cristóvão e Lagarto na linha de frente do atendimento online a pacientes com o novo coronavírus no estado. O atendimento se deu através do aplicativo *Monitora Covid-19*, projeto do qual os professores participaram desde a construção da estratégia até a articulação com o Estado para a ativação da mesma.

Através do programa federal *Brasil Conta Comigo*, tanto o HUL como a atenção básica de saúde puderam contar com o auxílio de alunos. A entrevistada 4, funcionária da Secretaria de Saúde de Lagarto, destacou a colaboração dos estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem do Campus Lagarto atuando na linha de frente nas unidades básicas de saúde através do referido programa. Esses estudantes foram capacitados em treinamentos ofertados pelo HUL, que também contou ele próprio com a colaboração de 29 estudantes. A entrevistada destaca que o município criou uma unidade satélite de referência vinculado ao hospital, que acolhia pacientes com sintomas leves.

*Foi tudo novo pra todos, tanto para a gente aqui do município quanto para a universidade, um momento de muita incerteza, medo, insegurança e aí a gente aprendeu junto e continuamos aprendendo também. Claro que nesse*

*momento para organizar o serviço a gente teve um contato até maior com o Hospital Universitário (...). De qualquer sorte, veio o Brasil Conte Comigo, que aí foi só Lagarto que teve, pelo menos no primeiro momento, que teve estudantes interessados, estudantes de medicina, que ficaram junto com a gente nas unidades básicas de saúde. Esses estudantes ajudaram bastante. Eram estudantes já próximo a terminar o seu curso, faltava pouco para se tornarem médicos, (...) estavam de linha de frente junto com os nossos profissionais. Foi de uma grande ajuda naquele momento. (SANTOS, 2021, p. 101-102).*

O processo de ensino-aprendizagem do Campus Lagarto também foi destacado pelos estudantes egressos entrevistados. Um de seus grandes diferenciais é o método de ensino, que se alicerça na precoce inserção dos alunos na comunidade e na rede SUS. Esta articulação entre teoria e integração na rede pública, na avaliação deles, foi fundamental para que se sentissem preparados para desempenhar suas atividades como profissionais, sobretudo em um contexto adverso como o da pandemia de Covid-19. O entrevistado 5, egresso do curso de Medicina que atua no interior da Bahia, destacou a relevância dessa formação diferenciada.

*Eu acho que se nós não tivéssemos o contato assim tão próximo, desde o primeiro ciclo, a gente não sairia assim tão preparado para enfrentar a realidade do SUS, porque o SUS é muito bonito no papel, tudo belo, tudo perfeito, aí aí se a gente conseguisse viver, colocar tudo em prática. Mas assim, o contato inicial desde o primeiro ciclo, o conhecimento teórico fez com que, acho que não só a mim, mas todos da minha turma, tivesse preparado para enfrentar o PSF. (SANTOS, 2021, p. 81-82)*

A entrevistada 6, egressa do curso de Medicina que atua no próprio município de Lagarto, destaca que no começo do curso achou estranho, mas depois foi se dando conta de como um ensino que une teoria e prática desde o início é importante.

*Desde o primeiro ano nós fomos inseridos na saúde pública aqui do município, a gente foi para a unidade básica de saúde, então assim, a gente por ser muito novo no momento, eu estou falando de mim né, não entendeu muito essa questão dessa inserção, (...) os anos foram passando e os ciclos, a gente pode perceber o quão importante foi essa inserção nossa na unidade de saúde daqui do município. (...) a gente pode entender, conhecer as leis do SUS, (...) então a gente via a teoria e via a prática também. Toda essa questão do SUS, assuntos dos SUS, leis, políticas a gente pode conhecer e vivenciar na prática. (SANTOS, 2021, p. 82)*

A entrevistada também considerou relevante em seu processo de formação a troca de conhecimento com os profissionais das unidades de saúde e o empenho de seus professores na defesa do SUS. Destaca ainda que tenta aplicar no seu trabalho que tudo o que aprendeu em um Programa Saúde da Família (PSF) rural, e como tudo isso tem sido relevante para sua atuação no contexto pandêmico.

A partir das informações obtidas na análise documental e nas entrevistas, constata-se que na pandemia de Covid-19 o Polo de Saúde de Lagarto foi capaz de demonstrar seu potencial de contribuição para o fortalecimento do SUS e a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, atuando como forte aliado das redes estadual e municipal.

No ano de 2021, o número de atendimentos nos hospitais e de óbitos decorrentes da Covid-19 cresceram em todo o país em decorrência de um conjunto de fatores, entre os quais se destaca a demora na vacinação. Os dados do quadro I evidenciam que em Sergipe essa realidade não foi diferente, sendo que os meses de abril e maio tiveram mais do que o dobro do número de mortes ocorridas em janeiro. Enquanto no município de Lagarto o número de óbitos não chegou a dobrar no mesmo período, ainda que tenha crescido.

Quadro I – Panorama Covid HUL – janeiro a setembro de 2021

Meses (2021)	ÓBITOS Covid-19		Atendimentos Covid-19 (HUL)	Baixa Complexidade	Taxa de Ocupação HUL	Taxa de ocupação Unidade Respiratória
	Sergipe	Lagarto (HUL)				
<b>Janeiro</b>	294	17	190	65,26%	141,00%	64,00%
<b>Fevereiro</b>	213	11	117	72,65%	85,00%	39,00%
<b>Março</b>	510	30	153	35,95%	99,50%	74,00%
<b>Abril</b>	773	30	266	46,99%	100,10%	90,00%
<b>Maiο</b>	817	26	509	50,88%	124,10%	96,00%
<b>Junho</b>	607	20	357	52,94%	126,90%	93,00%
<b>Julho</b>	212	5	187	63,10%	116,80%	49,00%
<b>Agosto</b>	82	3	120	70,83%	108,70%	20,00%
<b>Setembro</b>	18	5	71	71,83%	119,10%	25,00%

Fonte: Elaboração das autoras a partir de dados da Secretária de Estado da Saúde de Sergipe e do Hospital Universitário de Lagarto (2021).

Conforme se observa no quadro I, a taxa de ocupação na unidade respiratória do hospital atingiu quase 100% entre os meses de março e junho, que foram os mais críticos da pandemia para a população sergipana. Nesse período se ampliou o atendimento de média e alta complexidade. Os resultados positivos do atendimento do HUL se refletiram na queda do número de óbitos em Lagarto a partir de maio, quando Sergipe teve o maior quantitativo de mortes. No segundo semestre de 2021, o avanço da cobertura vacinal levou a uma queda do número de óbitos e a maior parte dos atendimentos do HUL voltaram a ser de baixa complexidade. Portanto, o funcionamento do polo de saúde federal sem dúvida contribuiu para que os efeitos da pandemia fossem menos deletérios nessa região.

Em 2020 foram investidos cerca de 42,8 milhões em modernização e custeio, tanto para enfrentamento da Covid-19, como para manutenção e melhorias dos serviços do HUL. Desse montante, excluindo-se as despesas com água, energia e outra taxas, apenas cerca de 11% foi contratado com empresas sergipanas. Se considerarmos a escala municipal, isto é, a participação de empresas de Lagarto, esse percentual cai para 0,5%. Essas informações indicam que o potencial de contribuição do polo de saúde de Lagarto para o desenvolvimento é limitado pela ausência de um Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) no estado de Sergipe e, particularmente, em Lagarto.

### **Algumas considerações**

O investimento em saúde dialoga com uma proposta de desenvolvimento que considera que é necessário obter não somente o crescimento da renda, mas principalmente a melhoria das condições de vida das pessoas, o que implica em combater a pobreza e reduzir desigualdades. Neste sentido, há uma grande convergência entre os debates sobre saúde e desenvolvimento que emergem no bojo da luta pela reforma sanitária no Brasil e a busca pela superação do subdesenvolvimento.

Na concepção furtadiana, "(...) o subdesenvolvimento se define em função de uma dada inserção na divisão internacional do trabalho e da correlação de forças políticas internas de cada país envolvido" (CARLEIAL, 2009, p. 48). E um dos fatores que contribui para a perpetuação da condição subdesenvolvida é a ausência de um núcleo autônomo de inovações.

No segmento da saúde são evidentes essas características do subdesenvolvimento brasileiro. De modo que, apesar dos grandes avanços obtidos com a construção do SUS e da profundidade dos estudos sobre o tema no país, é preciso reconhecer "(...) que o Brasil ainda não logrou alcançar uma associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento" (VIANA E ELIAS, 2007, p. 1765). Os limitados investimentos no CEIS, em múltiplas escalas espaciais, é uma das expressões dessa realidade.

A ausência dessa associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento no país foi dramaticamente sentido pela

população brasileira na pandemia de Covid-19, sobretudo por meio do número absurdo de óbitos. Até novembro de 2021, o país contava com mais de 614 mil mortos pela Covid-19, sendo 6.043 em Sergipe.

Por outro lado, a pandemia evidenciou para a sociedade brasileira a relevância de ter um serviço público de saúde, uma vez que foi a rede de saúde pública que garantiu o atendimento da maioria da população infectada. Nesse sentido, uma das lições do contexto pandêmico é que o país precisa consolidar o SUS e que o Estado segue sendo um agente fundamental para assegurar a saúde como um direito universal.

O polo de saúde de Lagarto foi fundamental para que o número de óbitos decorrentes da Covid-19 não fosse ainda maior no menor estado do país. Durante a pandemia, Lagarto recebeu muitos pacientes de várias regiões do estado, inclusive de Aracaju, em um fluxo reverso da capital para o interior, o que é raridade no estado. Outra contribuição que merece destaque foi o treinamento realístico do enfrentamento à Covid-19 que o HUL promoveu para profissionais de saúde de dezenas de municípios sergipanos, essencial para qualificar o atendimento à população na rede pública de todo o estado.

Os resultados positivos obtidos pelo polo de saúde pública federal de Lagarto no enfrentamento da pandemia de Covid-19 foram decorrentes de investimentos de longo prazo, que possibilitaram a oferta de serviços hospitalares de excelência com atividades de ensino, pesquisa e extensão universitárias, contribuindo de diferentes formas para minimizar os efeitos da doença na região. Nesse sentido, esse polo se configura como um exemplo de articulação virtuosa entre os investimentos públicos em saúde e educação, que foram colocados a serviço da vida no contexto da pandemia.

## Referências

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza D'ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1055.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BLOOM, D. E.; CANNING, D. The health and wealth of nations. *Science*, v. 287, n. 5456, p.1207-1209, 2000. Disponível em: [http://houdekpetr.cz!/data/public\\_html/papers/health\\_economics/Bloom%20Canning%202000.pdf](http://houdekpetr.cz!/data/public_html/papers/health_economics/Bloom%20Canning%202000.pdf) Acesso em: 28 out 2019.
- CANO, Wilson. Brasil - construção e desconstrução do desenvolvimento. *Economia e Sociedade* [online]. v. 26, n. 2 (60) p. 265-302, ago. 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n2art1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/JZyZWYqzS5Tm7n5NR8kQhH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 abr. 2021
- CARLEIAL, Liana Maria da Frota. Celso Furtado e a questão regional. In: FURTADO, Celso *et al.* **O pensamento de Celso Furtado e o Nordeste hoje**. Rio de Janeiro: Centro internacional Celso Furtado de políticas para o desenvolvimento; Banco do Nordeste do Brasil; Contraponto, 2009. p. 45-68.
- COSTA, Laís Silveira; BAHIA, Ligia; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado healthcare and development. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 22, n. 7, p. 2119-2127, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02682017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LS9pgFVDP5X3mCsGd8SzDjD/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2021

- DUARTE, Lígia Schiavon; PESSOTO, Umberto Catarino; GUIMARÃES, Raul Borges; HEIMANN, Luiza Sterman; CARVALHEIRO, José da Rocha; CORTIZO, Carlos Tato; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 472-485, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cKdvDBTfQJnTtBtkPdTtykr/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- EBSERH. **HUL-UFS em 2020: 3.600 atendimentos Covid e 42,8 milhões em custeio e modernização.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hul-ufs/comunicacao/noticias/hul-ufs-em-2020-3-600-atendimentos-covid-e-42-8-milhoes-em-custeio-e-modernizacao>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 3003-3016, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTdFK5rwXnwzQFNDSpCSvd-C/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2019.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf). Acesso em: 27 jul. 20120.
- MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica.** 6ª edição, São Paulo, Atlas, 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 2007. 300 f. Tese (Doutorado) – Curso de Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

- PRESTON, Samuel H. The changing relation between mortality and level of economic development. **International Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 484-490, jun. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym075>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/36/3/484/655065>. Acesso em: 10 set. 2020.
- RICHARDSON, Roberto Jarry e colaboradores. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª edição, São Paulo, Atlas, 1999.
- SANTOS, Hellen Deise Lopes dos. **Saúde e desenvolvimento: uma análise dessa relação a partir do estudo dos impactos do polo de saúde federal em Lagarto**. 2021. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissional em Economia – PROPEC, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2021.
- TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento**. 2009. 255 f. Tese (Doutorado) – Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17971/1/Maria%20Cecilia%20Tavares.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.
- UFS. **Coronavírus – Ações**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ufs.br/pagina/22177-acoes>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- VIANA, Ana Luiza D'ávila; SILVA, Hudson Pacífico da. **Saúde e Desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 49, p. 85-108, dez. 2017. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ppp/180110\\_ppp\\_49.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ppp/180110_ppp_49.pdf). Acesso em: 12 out. 2020.
- VIANA, Ana Luiza D'ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.. **Saúde e desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, p. 1765-1777, nov. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000700002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G8ZYFSNm9z8SQ8bDzY8F5ZF/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2020.