

Convênio 151/2018 UNIFESP x MPF para fim de Orientação Técnica e Produção de Dados na Garantia de Direitos no Contexto da Pandemia Covid-19

Produto 5: Análise do desempenho da execução orçamentária e direção do gasto municipal, estadual e federal dos recursos extraordinários das fontes federal e estadual destinados ao enfrentamento da Pandemia do COVID-19 no Estado de São Paulo

Dados do Projeto

SEI: 23089.119990/2020-83

Contrato: Convênio 151/2018 UNIFESP x MPF

Projeto: LASCOL Observatório

Coordenador: ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

arthur.chioro@unifesp.br

Objeto: Atender à questão-problema II - Avaliar o uso do Orçamento Federal no enfrentamento da pandemia

Produto 5

Análise do desempenho da execução orçamentária e direção do gasto municipal, estadual e federal dos recursos extraordinários das fontes federal e estadual destinados ao enfrentamento da Pandemia do COVID-19 no Estado de São Paulo

PARTE I: ANÁLISE DA OFERTA ASSISTENCIAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

a) Políticas para o enfrentamento da pandemia	03
b) Oferta de Leitos Hospitalares	09
c) Ocupação dos leitos durante a pandemia	15
d) A necessidade de leitos de UTI no Estado	18
e) Oferta Ambulatorial	22
f) Exames diagnósticos	26

PARTE II: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO GASTO EM SAÚDE COM RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NA UNIDADE FEDERATIVA DE SÃO PAULO

a) Transferências de recursos extraordinários federais à Gestão Municipal e Estadual no Estado de São Paulo	32
b) Dinâmica das transferências federais: Montantes totais, por período e bloco de financiamento	32
c) A forma das transferências federais: as portarias - montantes, exigências e destinações	37
d) Transferências de recursos extraordinários estaduais aos Municípios no Estado de São Paulo	46
e) Aplicação Direta de recursos extraordinários de fonte própria e de transferências federais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo	49

CONCLUSÕES	57
-------------------------	----

RECOMENDAÇÕES	59
----------------------------	----

PARTE I: ANÁLISE DA OFERTA ASSISTENCIAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

a) Políticas para o enfrentamento da pandemia

Dia 26 de fevereiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Estado de São Paulo, sendo este também o primeiro caso oficialmente registrado no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Novo Coronavírus (COVID-19) como uma pandemia no dia 11 de março de 2020 e o Ministério da Saúde (MS) considerou o Brasil como transmissão comunitária em 13/03/2020. Naquele momento contava-se com 98 casos confirmados no país, sendo 56 nos estados de São Paulo e 16 do Rio de Janeiro.

Em 24/03/20 o Governo do Estado de São Paulo decretou quarentena em todo o estado, permitindo abertura apenas de serviços essenciais. Essa quarentena, que inicialmente foi por 15 dias, acabou sendo prorrogada até 31/05, quando o Governo de estado apresentou o Plano São Paulo. A proposta desse Plano alterou um dos pilares do controle da epidemia e implantou medidas para reabertura econômica e flexibilização do distanciamento social. O Estado foi dividido em 22 Regiões da Saúde que foram categorizadas em 5 escalas de abertura econômica. As escalas foram identificadas por cores:

- vermelho: fase de contaminação, com liberação apenas de serviços essenciais
- laranja: fase de atenção, com algumas liberações
- amarelo: fase controlada, com maior liberação de atividades
- verde: fase decrescente, com menores restrições
- azul: fase de controle da doença, liberação de todas as atividades com protocolos de segurança

Cada região possuía competência para reabrir determinados setores de acordo com a fase em que se encontrava com base em indicadores relacionados à média

da taxa de ocupação de leitos de UTI exclusivas para pacientes com coronavírus, número de novas internações no mesmo período e o número de óbitos. A mudança de fases era realizada periodicamente a partir de junho de 2020.

Importante destacar que ao longo da pandemia, os parâmetros dos indicadores e da abertura econômica que definiam as cores foram sendo alterados, de forma a possibilitar a reabertura econômica e flexibilizar o distanciamento social, mesmo em situações de aumento do número de casos. Ou seja, o que não era permitido na fase laranja em 2020, passou a ser permitido na mesma fase laranja em janeiro de 2021 e as taxas de ocupação que definiam as alterações de fase também forma sendo flexibilizadas. Isso fica bastante claro em matéria publicada pelo jornal folha de São Paulo em 08/01/2021 com o título “*Governo coloca quatro regiões na fase laranja e muda critérios do Plano SP*”, com o quadro abaixo:

Fases	Como era	Como ficou
Fase 1 Vermelha	Taxa de ocupação hospitalar acima de 80% e taxa de incidência de casos e óbitos diários acima de 2. Somente atividades essenciais são permitidas	Taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid acima de 80% e abaixo de 3 por 100 mil habitantes. Somente atividades essenciais são permitidas
Fase 2 – Laranja	Taxa de ocupação hospitalar entre 80% e 75% e taxa de incidência de casos e óbitos acima de 2 e entre 1 e 2, respectivamente. Shoppings, comércio e serviços são permitidos com capacidade limitada a 20% e horário reduzido a 4h diárias.	Taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid entre 70% e 80% e entre 3 e 5 por 100 mil habitantes. Nos últimos 14 dias, o número de novos casos/100 mil hab. deve ficar acima de 360; o de novas internações/100 mil hab., acima de 60; e o de novos óbitos/100 mil hab., acima de 8. Atividades permitidas em todos os setores, com capacidade limitada a 40% e funcionamento reduzido a 8 horas diárias. Restrição de atendimento presencial até as 20h. Bares ficam impedidos de fazer atendimento presencial. Estão liberadas atividades com público sentado e entrada controlada, como museus e cinemas. Parques estaduais ficam abertos.
Fase 3 – Amarela	Taxa de ocupação hospitalar entre 80% e 75-70% e taxa de incidência de casos e óbitos	Taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid entre 70% e 80% e entre 3 e 5 por 100 mil habitantes. Nos

	entre 1 e 2 e abaixo de 1, respectivamente. Além de shoppings e comércio, bares, restaurantes, salões de beleza, barbearias e academias são permitidos, desde que com medidas de higiene e distanciamento, capacidade máxima de 40% e horário reduzido a 10 horas por dia.	últimos 14 dias, o número de novos casos/100 mil hab. deve ficar entre 180 e 360; o de novas internações/100 mil hab., entre 30 e 60; e o de novos óbitos/100 mil hab., entre 3 e 8. Todas as atividades estão liberadas para funcionamento com capacidade limitada a 40% e horário reduzido para 10 horas por dia. Restrição de atendimento presencial até as 22h, com exceção do bares, que devem encerrar o atendimento aos clientes no local às 20h.
Fase 4 – Verde	Taxa de ocupação hospitalar abaixo de 75-70% e taxa de incidência de casos abaixo de 1 e de óbitos abaixo de 1 estável nos últimos 14 dias. Para chegar à fase verde, o município precisa permanecer por pelo menos 28 dias na fase anterior. Atividades culturais, como cinemas e eventos agora são permitidos. Capacidade dos centros comerciais, bares, restaurantes, academias, salões de beleza, barbearias e atividades culturais de até 60% e com horário de funcionamento de até 12 horas por dia.	Taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid abaixo de 70% e acima de 5 por 100 mil habitantes. Nos últimos 14 dias, o número de novos casos/100 mil hab. deve ficar abaixo de 180; o de novas internações/100 mil hab., abaixo de 30; e o de novos óbitos/100 mil hab., abaixo de 3. Para chegar à fase verde, o município precisa permanecer por pelo menos 28 dias consecutivos na fase amarela. Capacidade dos estabelecimentos de até 60% e com horário de funcionamento de até 12 horas por dia

Essa mesma reportagem destaca o argumento de representante do governo do estado afirmando que *“a liberação das atividades na fase laranja e amarela é um voto de confiança para os setores que cumpriram os protocolos e não podem ser penalizados com o endurecimento das medidas em razão do aumento de casos.”* Nessa fala fica evidente que, no Plano São Paulo, o aumento do número de casos não foi critério para decisão sobre a abertura econômica durante a pandemia.

Nesse contexto, de fragilidade das políticas de distanciamento social, foi-se observando uma reorganização da atenção à saúde para responder aos desafios de atender aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Foram criadas rotinas com fluxos exclusivos para atendimento a sintomáticos respiratórios nas UBS e nas

portas de urgência e emergência; foi incorporado o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para vários procedimentos, além dos usuais e ampliadas a oferta de leitos hospitalares.

No início de abril foi consolidada uma primeira proposta de Mapa de Leitos para compor o Plano de Contingência Estadual construída a partir das Regiões de Saúde. Essa primeira versão do Mapa de Leitos apontava uma ampliação de 3840 leitos de Clínica Médica e 1442 leitos de UTI COVID19, o que representou um aumento de 24% em leitos de Clínica Médica e 41% em leitos de UTI no Estado. Desses 1442 leitos de UTI estruturados no mês de março, 56% estavam nas Gestões Municipais e 44% na Gestão Estadual, sendo 730 deles habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) no mês de abril, o que significou um custo inicial da implantação desses leitos exclusivamente das gestões municipais e estadual do SUS.

Em 08/04/2020 foi publicada a Deliberação CIB nº 25, que formalizou orientações para reformulação das Grades de Referência de Urgência e Emergência no contexto da COVID-19. Dessas orientações destacaram-se a importância de revisão da grade apontando os equipamentos de referência para COVID-19, a necessidade de atualização semanal da mesma com pactuação regional e disponibilização para as respectivas Centrais de Regulação Municipais e Central de Regulação de Oferta de Serviços - CROSS para adequação dos fluxos operacionais dessas centrais. Essa deliberação propôs uma classificação dos hospitais vinculados ao SUS conforme a seguinte tipologia:

- **Hospital exclusivamente COVID** – destinado a atender exclusivamente pacientes suspeitos e confirmados de COVID19 (hospitais de campanha e recém-inaugurados com perfil readequado para pandemia);
- **Hospital não COVID**- destinado ao atendimento de outras patologias (hospitais especializados em cardiologia, psiquiatria, oncológicos, transplantes ...e maternidades exclusivas);
- **Hospital preferencialmente COVID** – destinado a receber os encaminhamentos de suspeitos ou confirmados de COVID19 pela regulação, mantendo seu papel no atendimento a outras especialidades que é referência;

- **Hospital Preferencialmente não COVID** - destinado ao referenciamento de pacientes COVID. Caso atenda esses pacientes em sua porta encaminhará, via regulação, para as referências pactuadas, permanecendo com o caso até a conclusão do referenciamento.

Até o dia 11/02/2021 o Mapa de Leitos foi atualizado em 12 remessas enviadas ao Ministério da Saúde para atualização do Plano de Contingência do Estado de São Paulo.

Para o financiamento federal dos leitos de Clínica Médica o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 245 em 26/03/2020, que incluiu o procedimento 03.03.01.022-3 – Tratamento de infecção pelo novo Coronavírus – COVID19 na tabela de procedimentos do SUS – SIGTAP, ao valor de R\$ 1.500,00, com recursos orçamentários do programa de enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, não onerando o teto de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios. Essa publicação definiu que somente as AIHs apresentadas com esse procedimento e utilizando a CID 34.2 para casos confirmados, por meio do exame RT-PCR, seriam pagas. Isso causou dificuldades aos gestores municipais e estaduais em virtude da escassez desses exames naquele momento, e porque muitos casos tiveram seu diagnóstico confirmado clinicamente e por meio de exames de imagem. Em 15/06/2020 essa portaria foi republicada, com seu texto alterado, permitindo o pagamento de AIHs apresentadas com esse procedimento, com CID 34.2 confirmado mediante diagnóstico clínico característico de síndrome gripal, história epidemiológica de infecção por SARS-CoV2 e, se disponíveis, resultados de exames laboratoriais e de imagem. Assim, somente a partir da competência junho que essas internações foram custeadas com recursos federais, mediante apresentação de produção pelo Sistema de Informações Hospitalares.

Para o financiamento das diárias de UTI para as internações por COVID-19, foi publicada a Portaria nº 568 de 26/03/2020 que autorizou a habilitação temporária de leitos de UTI adulto e pediátrico para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19, com valor de R\$ 1600,00 a diária. Esse valor é o dobro das diárias de UTI dos hospitais que compõe da Rede de Urgência e Emergência. Essas

habilitações tiveram duração de 90 dias, transferidos antecipadamente em uma única parcela com possibilidade de ser prorrogadas a cada 30 dias, a partir da Portaria MS nº 1.802 de 20/07/2020. Essa portaria incluiu a obrigatoriedade dos pleitos serem inseridos no Sistema SAIPS, o que possibilitou aos gestores o acompanhamento da situação de sua proposta. Em muitas situações houve grande demora nas habilitações desses leitos por parte do Ministério da Saúde o que onerou substancialmente os orçamentos municipais e estadual, que tiveram que arcar com os custos desses leitos até sua habilitação e muitos leitos não chegaram a ser habilitados. A prorrogação por apenas 30 dias fez com que em muitos casos quando saiu a publicação da prorrogação já havia passado os 30 dias, causando insegurança nos gestores e prestadores. Somente no início de dezembro que as prorrogações puderam se estender por 60 dias, mas nesse momento o MS já dispunha de poucos recursos para as habilitações e em janeiro de 2021 as prorrogações foram suspensas.

Os leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria MS nº 1521 de 15/06/2020, ao valor de R\$ 478,00 a diária, mas na prática só começaram a ser habilitados a partir de agosto, e transferidos com antecipação de 30 dias prorrogáveis por mais 30. Esses leitos foram bastante utilizados pelos hospitais de campanha.

Em 30 de dezembro de 2020, o Ministério da Saúde utilizou o restante do saldo dos recursos excepcionais para o Enfrentamento da COVID19, com a publicação da Portaria GM MS nº 3896, que transferiu recursos aos Estados para o custeio de ações e serviços de saúde para o enfrentamento da Epidemia COVID -19. Foram R\$ 864 milhões, dos quais R\$ 126,5 milhões foram destinados ao Estado de São Paulo para pactuação de sua distribuição entre a gestão estadual e as gestões municipais pela Comissão Intergestores Bipartite.

A partir desse momento o MS não habilitou, nem prorrogou mais as habilitações dos leitos de UTI, Suporte Ventilatório Pulmonar até fevereiro de 2021. Nesse período, também não realizou as transferências correspondentes às AIHs de internações de pacientes com COVID19.

Isso resultou em desfinanciamento federal para as ações assistenciais voltadas à COVID19 em pleno recrudescimento da pandemia no país. Ao final de novembro no Estado de São Paulo havia cerca de 3700 leitos de UTI habilitados pelo MS, ao final de dezembro, esse quantitativo foi reduzido para cerca de 2000 leitos, ao final de janeiro já eram menos de mil leitos e em fevereiro eram pouco mais de 500 leitos. Os demais leitos continuaram em funcionamento, com elevadas taxas de ocupação e custeio apenas dos entes estadual e municipal. Apenas no início de março foi publicada a PT MS nº 373 que alterou a nomenclatura de “*habilitação*” para “*autorização*” de leitos e regulamentou o repasse mensal no mês subsequente à autorização. Essa portaria autorizou o custeio de 678 leitos de UTI retroativamente a janeiro e fevereiro. Ainda durante o mês de março foram publicadas outras portarias que somaram cerca de 3300 leitos de UTI, aproximadamente metade dos leitos ativos em funcionamento no estado. Dentre essas portarias é importante destacar a PT MS nº 478 de 17/03/2021, decorrente de uma determinação do Supremo Tribunal Federal, que autorizou o custeio federal de 1600 leitos de UTI no Estado. Em março também foi publicada a PT MS nº 471 que regulamentou o repasse federal mensal para Leitos de SVP, no mês subsequente à autorização, quando já não havia nenhum leito desse tipo com custeio federal no Estado.

Neste cenário, ficou evidente o descompasso entre as necessidades dos municípios e as ações ministeriais com relação às normas técnicas e disponibilização de recursos financeiros, bem como com as políticas governamentais para garantia de distanciamento social e ações de vigilância, como testagem, rastreamento e monitoramento de casos.

b) Oferta de Leitos Hospitalares

A ampliação de leitos de Clínica Médica, UTI e de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento aos pacientes com COVID-19, no Estado de São Paulo, se deu a partir de março de 2020.

A 12ª remessa de atualização do Mapa de Leitos, com os números consolidados na tabela 1, demonstrou que dos 3389 novos leitos de clínica médica implantados,

70% foram implantados pelas Gestões Municipais. Uma estratégia utilizada foi a conversão de leitos existentes para enfermarias específicas de COVID-19. Na análise da 12ª remessa pode-se observar que dos 16.224 leitos existentes anteriormente à pandemia, 5.021 foram convertidos. Desses leitos convertidos 59% foram das gestões municipais e 41% dos hospitais da gestão estadual. Isso se explica pelo fato da maior concentração dos leitos gerais de clínica médica se encontrar nas gestões municipais, pois de maneira geral os hospitais de gestão estadual são hospitais com maior complexidade e com maior número de leitos especializados.

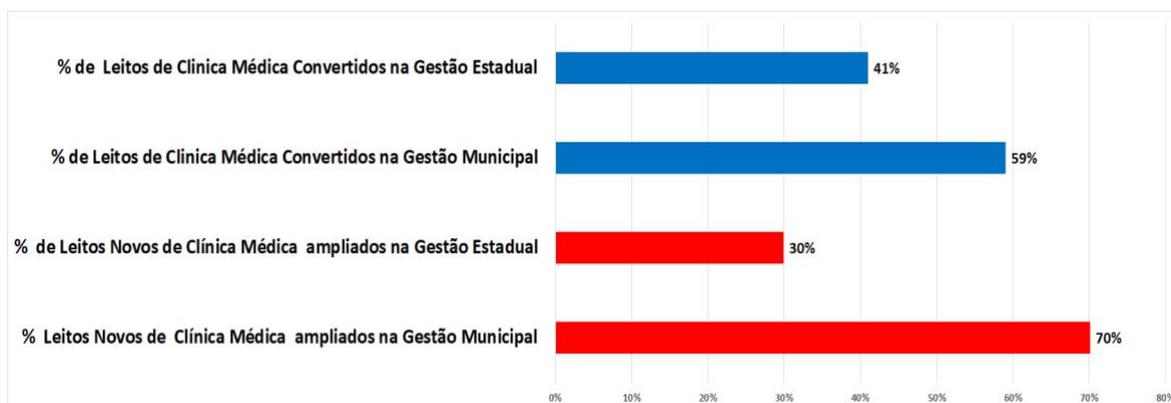
Os dados evidenciam de maneira clara o enorme investimento realizado pelos municípios no sentido de garantir leitos para internações dos casos de maior gravidade, visto que 70% dos novos leitos de clínica médica implantados são da gestão municipal, como mostra o gráfico 1.

Tabela 1 – Consolidado Mapa de Leitos – 12ª Remessa

CM SUS existente GE	CM SUS existente GM	CM SUS existente TOTAL	CM convertido GE	CM convertido GM	CM convertido TOTAL	CM ampliados GE	CM ampliados GM	CM ampliados TOTAL
6796	9428	16224	2057	2964	5021	1014	2375	3389

Fonte : Mapa de Leitos – 12ª remessa - fevereiro/2021

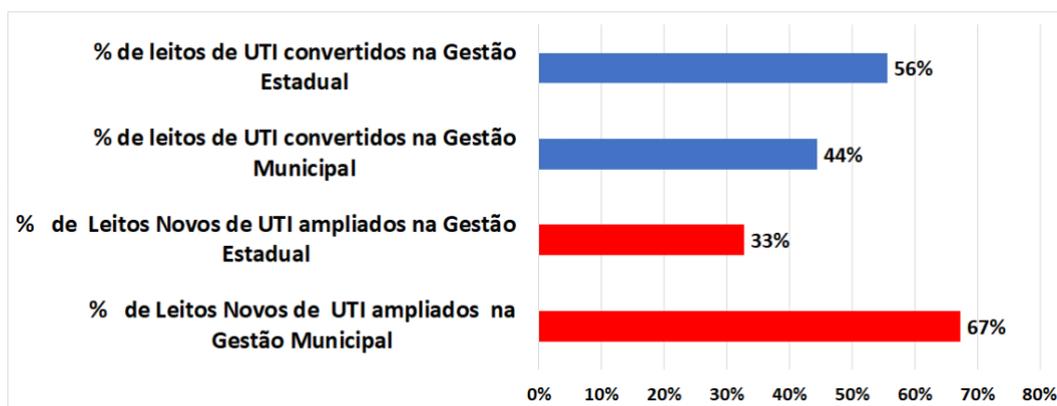
Gráfico 1 – Proporção de leitos novos e convertidos de Clínica Médica COVID-19 por tipo de Gestão



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Com relação aos leitos de UTI, a 12ª remessa demonstrou que dos novos leitos implantados para COVID-19, 67% foram pelas gestões municipais e 33% pela gestão estadual. Essa proporção é surpreendente pois a maior parte dos leitos de UTI antes da pandemia eram de hospitais da gestão estadual, o que demonstra um grande investimento na implantação de novos leitos de UTI pelos municípios. Percebe-se, conforme demonstra o Gráfico2, que os hospitais de gestão estadual fizeram mais conversão de leitos do que os hospitais de gestão municipal, representaram naquele momento 56% dos leitos convertidos. Dos 5235 leitos de UTI COVID implantados até fevereiro de 2021, 3522 eram de hospitais das gestões municipais e 1713 de hospitais da gestão estadual. Vale destacar que apenas 544 desses leitos permaneciam habilitados pelo MS em fevereiro de 2021

Gráfico 2 – Proporção de leitos novos e convertidos de UTI COVID-19 por tipo de gestão



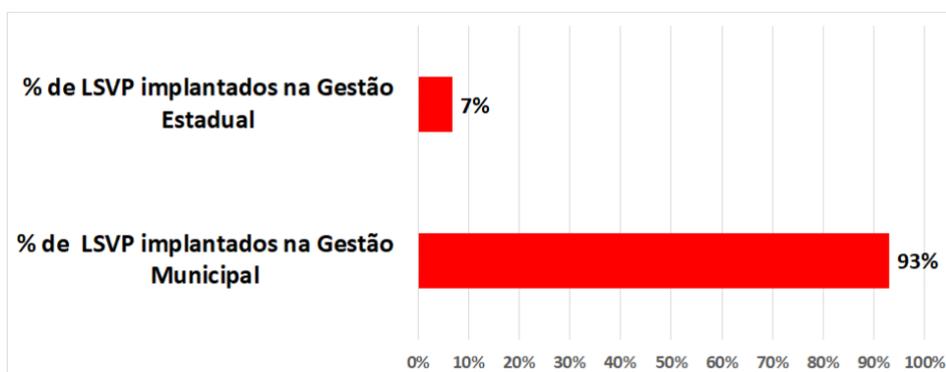
Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Uma outra estratégia utilizada majoritariamente pelas gestões municipais foi a implantação de Hospitais de Campanha com estruturas provisórias para atendimento durante o período de maior número de casos. Foram implantados 60 Hospitais de Campanha no estado de São Paulo, ao longo dos meses de março a fevereiro de 2021, 03 de gestão estadual e 57 de gestão municipal. Em outubro, 21 deles já estavam desativados e em fevereiro de 2021, eram 28 desativados. Os 60 Hospitais de campanha ativos em fevereiro de 2021 tinham 1044 leitos de clínica médica e 809 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar.

No total, foram implantados 1035 LSVP no Estado e até fevereiro de 2021, 809 permaneciam ativos, sendo 93% das gestões municipais, conforme demonstra o

Gráfico 3. Vale destacar que apenas 231 desses leitos permaneciam habilitados pelo MS em fevereiro de 2021.

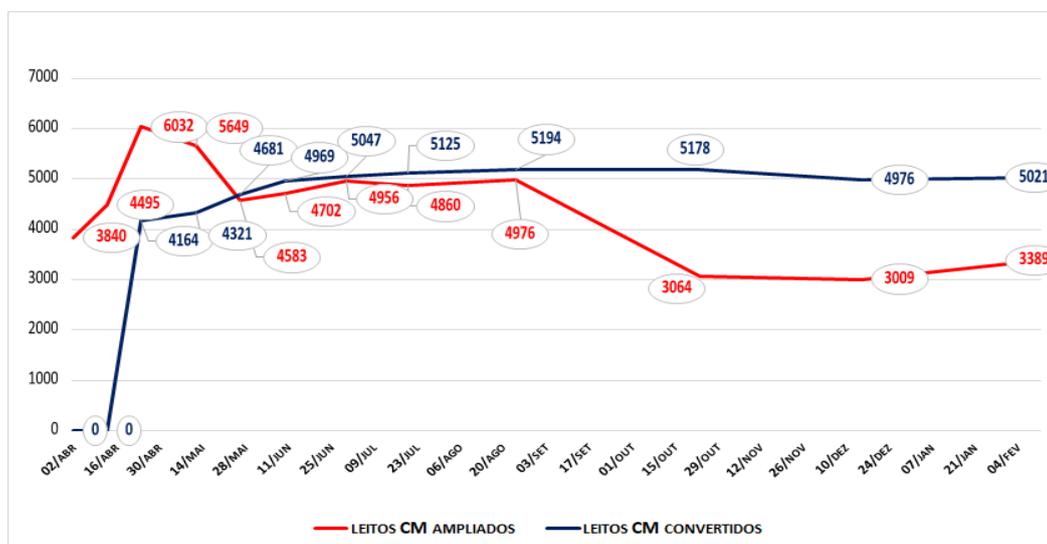
Gráfico 3 – Proporção de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar ativos por tipo de Gestão



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

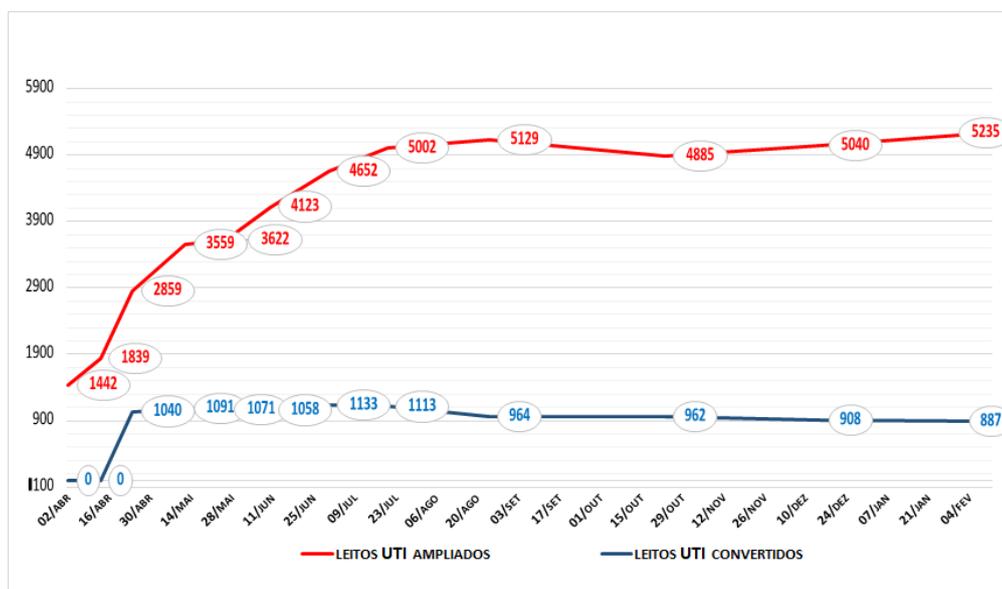
Durante o período analisado se observou-se que chegaram a ser implantados cerca de 6.032 leitos de clínica médica entre final de abril e maio. Ao final de setembro eram 3064 leitos novos implantados, quando se acreditava no arrefecimento da pandemia e em fevereiro, com o recrudescimento dela, o número sobe para 3389 leitos. Dos leitos de clínica médica já existentes chegaram a ser convertidos 5194 no mês de agosto para atendimento aos pacientes com COVID19, ao final de setembro eram 5178 leitos convertidos e em fevereiro 5021 leitos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução dos leitos de Clínica Médica Novos e Convertidos COVID-19 no Estado de São Paulo de abril/2020 a fevereiro/2021



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

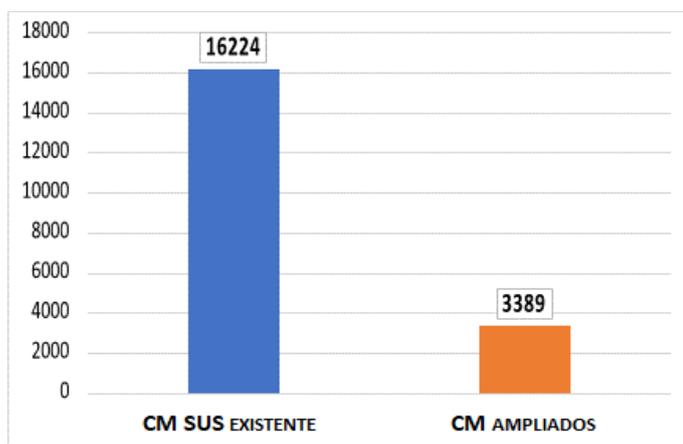
Gráfico 5 – Evolução de leitos de UTI Novos e Convertidos COVID-19 no Estado de São Paulo de abril/2020 a fevereiro/2021



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

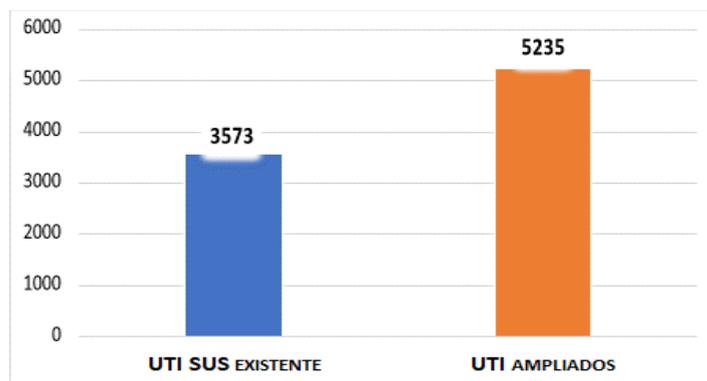
Com relação aos leitos de UTI chegaram ao quantitativo de 5.129 novos leitos ativos de COVID19 em agosto. Ao final de setembro eram 4.885 novos leitos ativos e em fevereiro, com o recrudescimento da pandemia, esse número subiu para 5235. Dos leitos de UTI já existentes, chegaram a ser convertidos 1.113 para COVID-19 nos meses de junho e julho e ao final de setembro eram 962 leitos de UTI COVID convertidos e em fevereiro eram 887, conforme demonstra o Gráfico 5. Os Gráficos 6 e 7 demonstram as quantidades de leitos de clínica médica e UTI existentes antes da pandemia em relação aos leitos novos ativos implantados até fevereiro de 2021 (12ª remessa).

Gráfico 6 – Leitos de clínica médica no Estado de São Paulo



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

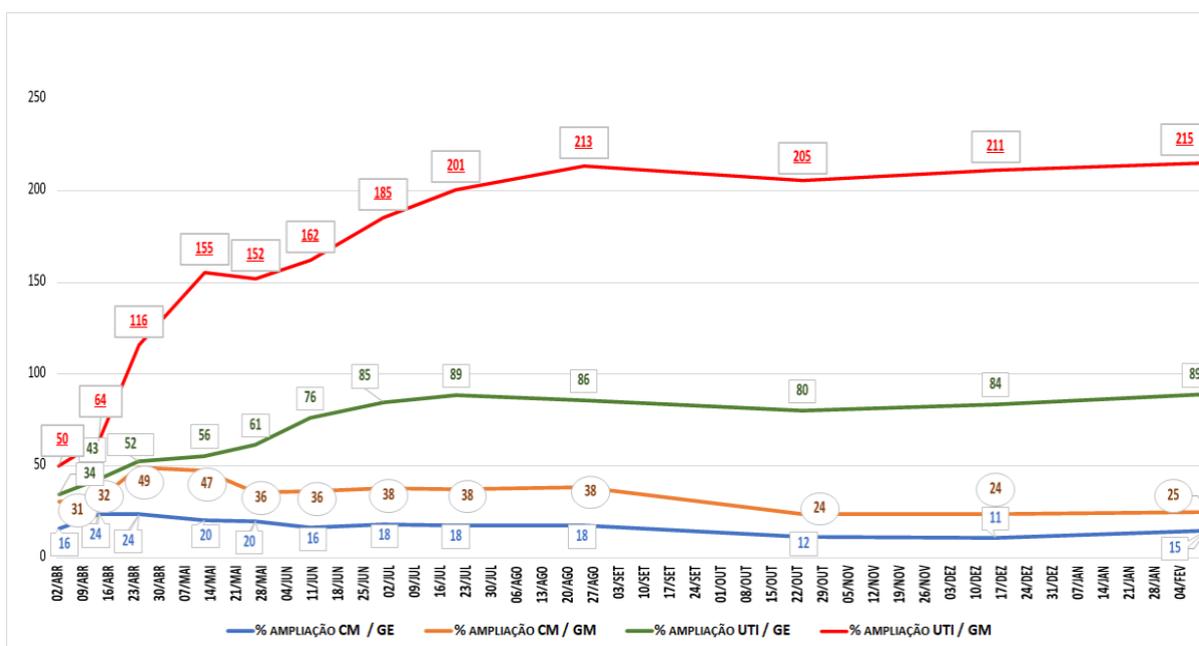
Gráfico 7 – Leitos de UTI no Estado de São Paulo



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Essa ampliação representou um aumento de cerca de 21% no quantitativo de leitos de clínica médica e 147% de ampliação dos leitos de UTI no Estado. O Gráfico 8 demonstra esses percentuais ao longo do período analisado, separando os leitos de hospitais de gestões municipais e de gestão estadual. Observa-se um investimento notável das gestões municipais com um incremento de 215% de leitos de UTI em relação ao quantitativo existente antes da pandemia. A gestão estadual também teve uma ampliação significativa de 89% desses leitos. Com relação aos leitos de clínica médica observa-se um aumento de 25% e 15% de novos leitos respectivamente nas gestões municipais e estadual.

Gráfico 8 – Percentual de ampliação de leitos de Clínica Médica e UTI em relação aos existentes antes da pandemia por tipo de gestão



Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Numa análise consolidada do período de abril de 2020 a fevereiro de 2021 contabilizou-se a implantação de 6281 leitos de UTI SUS COVID no Estado, com 5235 leitos permanecendo ativos até fevereiro de 2021, mês em que o MS manteve como habilitados apenas 544 leitos¹. Foram contabilizados nesse período 1035 leitos de SVP, permanecendo ativos até fevereiro 809 leitos, sendo apenas 231 habilitados pelo MS, ou seja, no momento de maior recrudescimento da pandemia no país o MS foi responsável pelo custeio de apenas 10% dos leitos de UTI e 28% dos LSVP.

c) Ocupação dos leitos durante a pandemia

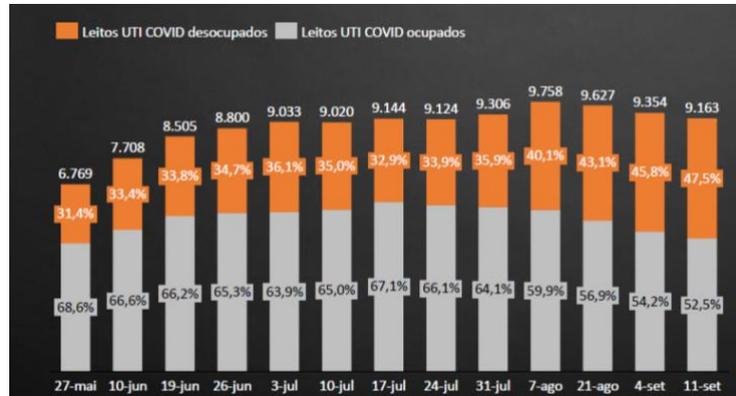
Considerando a necessidade da implantação de mecanismos para o acompanhamento em tempo real da situação dos hospitais durante a pandemia, a SES/SP publicou a Resolução SS -31 de 10/03/2020 , que definiu a obrigatoriedade de todos os hospitais do estado, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, procederem o envio diário de informações referentes à número de novas internações de casos suspeitos e confirmados de COVID19, número de leitos de UTI COVID conforme Plano de Contingência, número de pacientes internados em UTI e as respectivas taxas de ocupação. São aproximadamente 930 hospitais informando diariamente sua situação com relação ao atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID19.

A partir dessa Resolução e do desenvolvimento de ferramenta Power BI, para sistematização dos dados, foi possível acompanhar essas informações disponibilizadas de forma agregada por região do Plano São Paulo pela Fundação SEADE.

Dados do Centro de Contingência do Estado de São Paulo apontaram taxas de ocupação médias dos leitos de UTI (SUS e não SUS) do Estado nos meses de maio a setembro abaixo de 70%, com uma tendência de diminuição a partir de julho/20.

¹ No início de março de 2021 foi publicada PT 373, que alterou a forma de custeio dos leitos de UTI, substituindo de habilitação com pagamento antecipado por 90 dias de funcionamento, para a autorização com repasses mensais a partir do mês subsequente à autorização. Essa mesma portaria autorizou o custeio de 678 leitos de UTI para SP, de forma retroativa a janeiro e ou fevereiro.

Gráfico 9 – Total de leitos UTI COVID no Estado de São Paulo

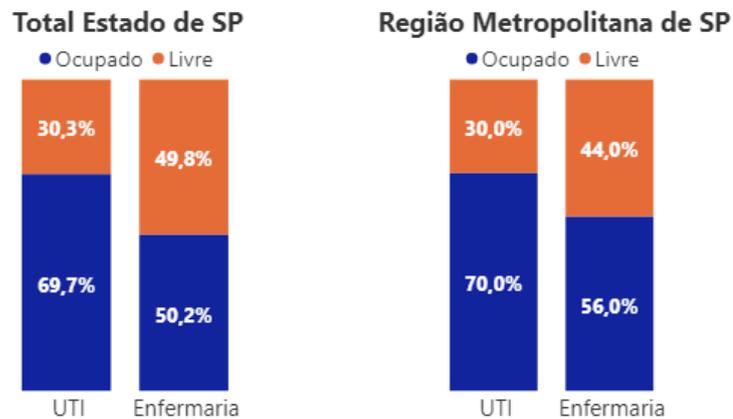


Fonte: Governo do Estado de São Paulo, Plano São Paulo

Em fevereiro já podemos observar um aumento significativo nas taxas de ocupação passando de 52,5% em 11/09 para 69,7% em 24/02, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 10 – Taxa de ocupação de leitos COVID no Estado de SP em fevereiro de 2021

Leitos Covid-19



Fonte: Fundação SEADE

Com esses dados de ocupação, entre os meses de setembro e outubro teve início um processo de discussão de desativação de leitos. Na análise do mês de novembro foi possível verificar que as taxas de ocupação aumentaram, embora ainda permaneceram baixas mesmo com o número de novas internações de casos suspeitos e confirmados de COVID19 voltando a aumentar. No entanto, em fevereiro as taxas de ocupação e o número de internações passaram a aumentar de forma significativa. O gráfico 11 demonstra as taxas de ocupação nos meses de junho de 2020 a março de 2021, e podemos observar as mais baixas taxas de ocupação entre outubro e novembro de 2020, uma elevação significativa em dezembro de 2020 e janeiro de 2021, mas ainda se mantendo em condições aceitáveis em virtude do elevado número de leitos e nos meses de fevereiro e março com altas taxas de ocupação já comprometendo o atendimento à população. Entre fevereiro e março já tínhamos vários hospitais do estado com taxas de ocupação próximas a 100%.

Gráfico 11 - Taxas de ocupação Leito COVID-19 de junho de 2020 a junho de 2021 no Estado de São Paulo



FONTE: FSEADE / CENSO COVID

d) A necessidade de leitos de UTI no Estado

Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES indicam que em dezembro de 2019 (antes do início da pandemia de COVID19 no Brasil) existiam 8599 leitos de UTI adulto no Estado de São Paulo, sendo 3621 leitos SUS e 4978 leitos não SUS. A insuficiência de leitos de UTI adulto no Estado é uma condição histórica, mesmo com sua ampliação induzida pela implantação da Rede de Urgência de Emergência e Rede Cegonha a partir de 2011.

A Central de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, que atua na regulação das internações de urgência e emergência no Estado sempre teve que lidar com a situação de mais solicitações de leitos de UTI adulto do que a oferta existente desses leitos. O mesmo ocorria nas Centrais de Regulação de Urgência de vários municípios paulistas.

Com a pandemia, em março de 2020, a Portaria GM/MS nº 237 incluiu na tabela de leitos do CNES, os leitos de UTI Adulto COVID e UTI Pediátrica COVID, com financiamento diferenciado. Essa nova modalidade de leitos de UTI durante a pandemia de COVID19, provocou uma ampliação de praticamente 150% de leitos de UTI no Estado de São Paulo até fevereiro de 2021, conforme já foi colocado acima. Esse aumento expressivo do número de leitos, durante a pandemia, demonstrou durante do ano de 2020, suficiência para acolher as necessidades de internação. No entanto, com o recrudescimento de pandemia a partir de janeiro de 2021, observou-se que mesmo com esse aumento, a oferta demonstrou ser insuficiente para a crescente demanda por leitos de UTI adulto.

Ainda não temos estudos que demonstrem a necessidade de leitos de UTI durante a pandemia de COVID19, no entanto, faz-se necessário pensar que, com todo investimento realizado durante a pandemia, uma parte desses leitos deveria permanecer ativa para suprir as necessidades históricas de aumento de leitos de UTI adulto no SUS.

Para definir o quantitativo de leitos hospitalares necessários o MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que substituiu a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que considerava como necessidade a produção dos serviços daquele momento. A PT nº 1631 buscou definir

aproximações às necessidades de saúde da população, independente das series históricas de produção ou das limitações financeiras. Essa portaria partiu de um levantamento da produção científica nacional e internacional baseadas em evidências científicas e de comparações entre sistemas municipais com ampla cobertura de Equipes de Atenção primária e que contavam com Complexos Reguladores consolidados capazes de contabilizar as demandas recebidas, atendidas e não atendidas. Essa normativa coloca que estimar necessidade de leitos é uma *“tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização), como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes”*.

No que se refere à estimativa de necessidades hospitalares, a metodologia proposta distingue a necessidade de leitos para cada especialidade, separando as internações nas enfermarias e nas UTIs, considerando para cada tipo de leitos o número de internações anuais esperadas de acordo com a população de referência, o fator de ajuste para uma taxa de recusa aceitável, o tempo médio de permanência e taxa de ocupação hospitalar. A partir dessas variáveis, a Portaria também apresenta quatro cenários para elaboração da necessidade de leitos:

- **Cenário 1:** Valor do limite mínimo recomendado de Proporção de Internações e Tempo Médio de Permanência de UTI & TOH para Taxa de Recusa aceitável de 1%
- **Cenário 2:** Valor do limite mínimo recomendado de Proporção de Internações e Tempo Médio de Permanência de UTI & TOH para Taxa de Recusa aceitável de 5%;
- **Cenário 3:** Valor do limite máximo recomendado de Proporção de Internações e Tempo Médio de Permanência de UTI & TOH para Taxa de Recusa aceitável de 1%
- **Cenário 4:** Valor do limite máximo recomendado de Proporção de Internações e Tempo Médio de Permanência de UTI & TOH para Taxa de Recusa aceitável de 5%.

Para o cálculo da estimativa aqui apresentada foi utilizado o Cenário 3, utilizando os valores máximos recomendados (percentil 75 dos resultados dos municípios

estudados) com uma taxa de recusa de 1%, pois não deveria haver espera para acesso a leitos de UTI. Esse Cenário aponta para uma necessidade estimada de **7001 leitos de UTI adulto** para toda a população do Estado (usuário de serviços SUS e não SUS). No entanto, sabemos que a distribuição da oferta de leitos SUS e não SUS no Estado não se dá de forma equitativa. Dessa forma, foi realizada, nesse estudo, uma estimativa separando usuários SUS e não SUS para leitos de UTI adulto. A população geral do Estado de 20 anos e mais (possíveis usuárias de leitos de UTI adulto), conforme dados da FSEADE 2020, é de 33.314.482 habitantes. Os dados de cobertura de planos hospitalares e hospitalares/ambulatoriais contabilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, da base de setembro de 2020, indicam 11.867.090 beneficiários de planos na população de 20 anos e mais no Estado de São Paulo, o que corresponderia a 36% da população geral dessa faixa etária usuária de planos e 64% usuária de serviços ofertados pelo SUS. No entanto, considerando que o termo "beneficiário" se refere a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo e que a estimativa de cobertura para leitos de UTI é menor do que para outros tipos de internação, o que causaria um quantitativo superestimado de população coberta por planos privados de saúde e considerando ainda que o Estado de SP recebe paciente de outros Estados, optou-se por trabalhar com **75% como população usuária de leitos de UTI SUS**.

Aplicando-se esse percentual de 75% no quantitativo de leitos necessários, apontados no cenário 3, chegamos a um valor de **5251 leitos de UTI adulto** necessário para população SUS dependente no Estado de São Paulo. Esse valor não pode ser considerado num momento de pandemia como a COVID19, em que os cerca de 6000 leitos SUS de UTI COVID Adulto ativos no Estado, entre ampliados (5112) e convertidos (858), não tem sido suficiente para a necessidade nesse momento. No entanto, quando chegarmos ao final da pandemia ou a um momento de circulação do vírus em níveis aceitáveis, estima-se que seriam necessários a manutenção de aproximadamente 1630 dos leitos de UTI Adulto que foram estruturados pelas gestões municipais e estadual do SUS no Estado para o enfrentamento da COVID19, conforme quadro a seguir:

Leitos UTI adulto SUS existentes em SP antes da pandemia (CNES dez 2019)	3621
Leitos UTI adulto criados para pandemia (mapa de leitos - 12ª remessa)	5112
Leitos UTI adulto SUS necessários (PT 1631 ajustada à população SUS)	5251
Leitos UTI adulto SUS para manter ativos após a pandemia	1630

Cabe salientar que a distribuição desses leitos no Estado deve se dar de forma regionalizada considerando a quantidade de leitos existentes em cada região e as necessidades locais.

Esse estudo limitou-se a estimar a necessidade de leitos de UTI adulto, pois a quantidade de leitos de UTI pediátrica existente no Estado se mostrou suficiente para a necessidade apresentada durante a pandemia. No entanto, podemos realizar algumas comparações com outros países, com relação aos números totais de leitos de UTI. O parâmetro que a OMS tem utilizado para quantificar leitos de UTI é de **10 a 30 leitos por 100 mil habitantes**. Destaca-se que são leitos totais (públicos e privados) e de todos os tipos: pediátrico, neonatal e adulto. Ao aplicar o Cenário 3 para a totalidade dos leitos de UTI chega-se a uma quantidade necessária de 9830 leitos para São Paulo, que considerando a população total do Estado (SEADE, 2020) de 44.639.899 habitantes, representa uma necessidade de **22 leitos de UTI por 100 mil habitantes**.

De acordo com dados da OCDE coletados pouco antes do início da pandemia da COVID-19, havia em média **12 leitos de UTI por 100.000 habitantes** nos países da OCDE, sendo que a Alemanha contava com 34 leitos, Estados Unidos 26 e Japão e Portugal com cerca de 5 leitos por 100 mil habitantes.

Com essas comparações podemos observar que os cerca de 12.575 leitos de UTI existentes no Estado antes da pandemia, que representavam 28 leitos por 100 mil habitantes seria uma quantidade aceitável. No entanto, considerando que apenas 40% desses leitos são destinados a 75% da população usuária do SUS e que sua

distribuição nas regiões do Estado não reflete as necessidades regionais, fica reiterada sua necessidade de ampliação.

e) Oferta Ambulatorial

Os 645 municípios paulistas contam com cerca de 5.306² Unidades Básicas de Saúde, 5.472 Equipes de Saúde da Família, 29.323 agentes comunitários de saúde, e cerca de 1.121 equipes de Atenção Primária habilitadas junto ao Ministério da Saúde (e Gestor- novembro de 2020). A cobertura média de atenção básica no ESP é de 78%, segundo dados do e Gestor AB (nov/2020).

Nessa ampla rede de atenção básica observou-se grande heterogeneidade na condução das ações de combate à epidemia. No início, assistiu-se a uma imensa dificuldade relativa à oferta de EPI, em virtude da escassez no mercado e altos preços praticados. Isto porque não houve intervenção regulatória no mercado de produção e fornecimento de EPI por parte do Governo Federal e nem iniciativa do Governo do Estado de São Paulo na oferta de Ata de Registro Preço Centralizada para adesão dos municípios. Esse fato motivou uma certa paralização da rede até que a distribuição dos EPI fosse regularizada e as equipes estivessem treinadas e seguras para proceder os atendimentos necessários. Houve interrupção dos atendimentos dos pacientes crônicos ao mesmo tempo que tiveram algumas experiências de teleatendimento.

Com o tempo a rede foi se estruturando e assumindo o acolhimento dos casos suspeitos, a coleta de material para confirmação diagnóstica, notificação e o monitoramento dos casos em isolamento domiciliar. Alguns municípios criaram fluxos em todas UBS para atendimento dos casos suspeitos e confirmados; outros municípios deixaram parte das UBS para atendimento exclusivos de COVID-19 e parte para atendimento de rotina da AB, e outros criaram centros de atendimento exclusivos para COVID, que foram posteriormente normatizados em portaria, com cofinanciamento federal de custeio.

² Dados extraídos do SCNES competência janeiro de 2021 (Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Centro de Apoio à Saúde da Família e Posto de Saúde) homologados e implantados.

Em que pese os inúmeros atendimentos e ações realizadas pela Atenção Básica não é possível mensurá-los pelos os sistemas de informação existentes. O e-SUS AB é o sistema que realiza a captura dos dados dos atendimentos realizados pelas equipes da saúde da família, equipes de atenção primária e equipes de agentes comunitários, por meio do cadastro de dados simplificados (CDS) ou do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). No entanto, desde a implantação do Programa Previne Brasil (com a publicação da Portaria 2.979/2020), os dados referentes ao atendimento da população não cadastrada (pelas equipes (ou com cadastro não validado pelas regras de financiamento do sistema) e os dados da produção de equipes que ainda não foram credenciadas pelo MS não são considerados no sistema, o que leva a uma subnotificação das atividades realizadas pela atenção básica. Assim, não foi possível mensurar as ações realizadas pela Atenção Básica durante a pandemia.

Ademais, é importante destacar que o exercício de 2020 constituiu-se como um ano de transição do modelo de alocação orçamentária na Atenção Básica (Programa Previne Brasil, já citado acima). Neste sentido, o enfrentamento da pandemia pela rede de Atenção Básica teve de transpor mais esse obstáculo. Isto porque, este novo modelo impôs aos gestores municipais um grande esforço no sentido de reorganizar o trabalho das equipes com prioridade à ação de cadastramento da população, pois a principal mudança imposta pelo novo modelo é a extinção do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e repasses variáveis relacionados ao cofinanciamento das Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e repasses relacionados à existência dos gerentes de Atenção Básica. Estes repasses, passaram a ser substituídos pelo Componente de Capitação Ponderada que utiliza a lógica do pagamento por pessoa cadastrada – no entanto, para que o cadastro das pessoas seja considerado válido é preciso (além de atender a um conjunto de informações mínimas por cadastro) que o cadastro esteja vinculado às equipes credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde segundo o parâmetro de número de cadastros por tipo de equipe e tipologia municipal (metodologia elaborada pelo IBGE que classifica os municípios brasileiros de urbanos à remotos) até o total da população registrada por município pelo IBGE. Não fossem as medidas de transição do exercício de 2020, o conjunto de municípios do Estado de São Paulo sofreria prejuízos significativos na

comparação com os recebimentos do exercício de 2019, uma vez que em dezembro de 2019 (mês subsequente à publicação da Portaria que institui o Programa Previne Brasil) apenas 36% da população paulista possuía cadastro válido nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

As dificuldades impostas pelas consequências da pandemia no trabalho da rede de atenção básica, a morosidade no credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde e a dificuldade na validação do cadastramento por pessoa realizado pelas gestões municipais mantem a possibilidade de prejuízos financeiros aos municípios paulistas no exercício de 2021 (que pode chegar até 1/3 dos recursos recebidos em 2019) se nenhuma outra medida de correção fosse publicada. No entanto, em janeiro de 2021 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 166/2021 que estabeleceu os parâmetros de transferências do exercício de 2021 e medidas que poderiam assegurar os recebimentos dos municípios sem prejuízos. Apesar dessa portaria, permaneceu a projeção de perdas ao conjunto de municípios. Isto porque as medidas que poderiam atenuar esse impacto negativo, ou estão previstas para o primeiro e segundo quadrimestre, ou são calculadas a partir de uma metodologia que projeta os recebimentos em níveis inatingíveis.

Tendo em vista a possibilidade de novas ondas da epidemia em 2021, agudização das doenças crônicas, represamento dos atendimentos eletivos, e questões relacionadas à saúde mental (dado o prolongamento das medidas de isolamento social e contexto de luto da sociedade) somadas à necessária organização do maior processo de imunização já experimentado pelo SUS estas restrições orçamentárias na Atenção Básica resultarão em prejuízos assistenciais importantes, uma vez que a Atenção Básica tem papel protagonista na Política Nacional de Imunização.

Em maio o MS passou a financiar os Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19 conforme a Portaria 1445 de 29/05/2020, que estabeleceu estes centros como estruturas organizadas pelas gestões municipais para o acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas da COVID-19. Esses serviços podem ser implantados em unidade básica de saúde ou em ambulatórios e podem ser classificados em 3 tipos, de acordo com a população do

município, com valores dos invecivos federais de R\$ 60.000,00 R\$ 80.000,00 e R\$ 100.000,00 mensais.

O MS passou a financiar também Centros Comunitários destinados exclusivamente para áreas das comunidades e favelas ou adjacências. OS Centros Comunitários são estruturas organizadas pelas gestões municipais, no âmbito da atenção básica, voltados para realização de ações de identificação precoce de casos de síndrome gripal, acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, atendimentos de casos leves e referenciamento dos casos graves para outros serviços. São classificados em 2 tipos, de acordo com a população das comunidades de favelas e o MS paga incentivo de R\$ 60.000,00 e R\$ 80.000,00 mensais. Além desse incentivo há um valor de R\$5,00, em parcela única, para cada pessoa que vive nessas localidades. com informação atualizada no SISAB.

Segue abaixo a Tabela 1, com o número de Centros de Referência e Centros Comunitários implantados pelos municípios do Estado de São Paulo.

Tabela 1 – Número de Centros de Referência e Centros Comunitários implantados em municípios, Estado de São Paulo, 2020

Portaria que credencia	Centro Referencia Portaria 1445/20		Centro Comunitário de Ref Portaria 1444/20	
	QTDD de centros	QTDD de municipios	QTDD de centros	QTDD de municipios
1579/20	48	43	0	0
1797/20	120	98	0	0
1742/20	0	0	2	2
1975/20	34	25	0	0
2071/20	19	19	0	0
2067/20	24	20	0	0
2234/20	19	16	0	0
2237/20	0	0	5	4
TOTAL	264	221	7	6

Fonte: Portarias MS – 1579, 1797, 1742, 1975, 2071, 2067, 2234 e 2237/2020

Com relação às portas de urgência observou-se muitas mudanças nas UPAS e demais Pronto Socorros e Pronto Atendimentos para garantir o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, com criação de alas de isolamento,

sala para coleta do RT-PCR, tendas adaptadas para atendimento de sintomáticos respiratórios nas unidades de menor porte.

A pandemia, sem dúvidas, evidenciou a importância do SUS, e particularmente dos serviços sob gestão municipal do ESP no enfrentamento da Pandemia, e expôs também as fragilidades decorrentes da ausência do Ministério da Saúde na coordenação das ações de alcance nacional.

f) Exames diagnósticos

No início da pandemia o RT-PCR foi indicado pela OMS como exame “padrão ouro” de confirmação laboratorial da COVID-19. Houve uma demanda crescente de solicitações dos municípios para realização do RT-PCR e foi identificada a insuficiência do Instituto Adolfo Lutz (IAL) para responder com agilidade a essa demanda, com demora chegando a mais de 20 dias para o resultado mesmo. Naquele momento, esse exame era indicado apenas para pacientes internados em estado grave. Isto fez com que grande parte dos gestores locais buscassem ampliar ou mesmo contratar laboratórios privados para a realização do RT-PCR. Além disso, não havia disponibilidade de kits para coleta desse exame. A Deliberação CIB – 22 de 25-03-2020, publicada em 25/03/2020, aprovou a distribuição dos recursos da Portaria GM/MS nº 480, onde parte (R\$ 39.235.347,50) foi destinado para aquisição de testes laboratoriais para COVID-19. No entanto, o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde (SES) não realizaram aquisição e distribuição dos kits com agilidade necessária, o que levou os gestores municipais a adquirirem estes insumos, com grandes dificuldades.

Na Nota Técnica nº 5 de 28/03/2020, o COSEMS/SP coloca que “é atribuição do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde escolher, adquirir, distribuir e orientar a utilização dos testes, uma vez que há diversos métodos laboratoriais e diferentes testes disponíveis para o diagnóstico da COVID-19. A escolha adequada do método para sua utilização em saúde pública é fundamental, pois o emprego incorreto pode ocasionar falsa sensação de segurança frente a possíveis resultados falso negativos e conseqüentemente a exposição de profissionais e da população ao contágio”. Conclui-se dessa forma que, não

somente a demora na aquisição e distribuição de testes por parte do MS e SES/SP, mas também a falta de orientações técnicas para sua aquisição pelos municípios, prejudicou o enfrentamento da pandemia no Estado naquele momento.

Em abril, as dificuldades com a demora dos resultados dos exames se agravaram. Observou-se um represamento das amostras de RT-PCR no IAL, em virtude do histórico sucateamento da estrutura da rede de laboratórios de saúde pública estadual, com insuficiência de funcionários e equipamentos obsoletos. Havia centenas de exames estocados aguardando processamento. Esse fato ampliou ainda mais a demora na entrega dos resultados desses exames.

Na tentativa de enfrentamento desse problema, em abril/2020, foi criada a Rede Estadual de Laboratórios para realização do PCR, coordenada pelo Instituto Butantã, com a participação da rede do IAL e de outros laboratórios públicos e privados que foram habilitados pelo IAL, totalizando 29 laboratórios credenciados do Estado.

Em maio/2020, por meio da Deliberação CIB nº 39, foi aprovada a ampliação de testagem para diagnóstico laboratorial por meio da RT-PCR para Síndrome Gripal, em sintomáticos respiratórios, para determinados grupos: igual e acima de 60 anos, portadores de comorbidades em qualquer faixa etária, profissionais de saúde, grupos vulneráveis socialmente, transporte público, segurança pública. Até então, somente pacientes hospitalizados em estado grave tinham podiam ser testados. Essa ampliação, ainda que tardia, possibilitou a detecção precoce e os cuidados ambulatoriais, evitando o agravamento dos doentes.

No entanto a distribuição desses testes não foi acompanhada dos insumos necessários para a coleta do material e os municípios enfrentaram muita dificuldade na aquisição desses insumos em virtude da escassez no mercado e consequentes preços abusivos. Somente em junho/2020 a SES/SP fez a distribuição de 250.000 kits (tubos e swabs), para os municípios realizarem coleta de RT-PCR. E em julho/2020 foram mais 381.000 kits (tubos e swabs) de coleta de PCR adquiridos pela SES e distribuídos para os municípios.

Os municípios receberam os testes acima descritos e adquiriram outros com recursos próprios ou de transferência federal e havia muitas dúvidas e questionamento sobre sua utilização. Assim, em julho de 2020 a CIB/SP publicou

a Deliberação nº 55 com Orientações para os serviços de saúde sobre a utilização e interpretação dos testes rápidos e RT-PCR e padronização das condutas de isolamento. Essa deliberação posteriormente foi atualizada pela Deliberação 75 de 15/09/202.

Além do RT-PCR, que detecta se a pessoa está infectada pelo vírus, também foi necessário garantir a disponibilização de testes sorológicos que podem detectar a presença de anticorpos das classes IgA e IgG produzidos pelo organismo após a infecção pelo Coronavírus. Os testes sorológicos são importantes para conhecer a prevalência do SARSCov2 em determinados grupos populacionais, como também para confirmação de casos e promover de forma rápida o monitoramento e isolamento de comunicantes. Da mesma forma que os exames de RT-PCR, a aquisição de testes sorológicos pelo MS e SES/SP se mostraram morosas, levando novamente os municípios a fazerem essas aquisições.

Ao final do mês de abril a SES/SP recebeu do MS o quantitativo de 10.396 caixas (cada caixa com 20 testes) referente aos três primeiros lotes de entrega de testes rápidos para COVID19, e a CIB/SP, por meio da deliberação nº 30 de 27/04/2020, pactuou que a distribuição desses testes seria prioritariamente para os 38 municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que naquele momento era o epicentro da epidemia. Posteriormente os demais 606 municípios do ESP receberam 17.552 caixas referentes aos lotes seguintes.

A orientação do Ministério da Saúde era para sua utilização exclusivamente para as pessoas suspeitas sintomáticas, nas seguintes categorias:

- Profissionais de saúde em atividade;
- Profissionais de segurança pública em atividade;
- Pessoa com diagnóstico de síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança em atividade;
- Pessoas com 60 anos ou mais, residentes em instituições de longa permanência de idosos (ILPI);
- Pessoas com 60 anos ou mais, portadores de comorbidades de risco para complicação de COVID-19;
- Demais pessoas sintomáticas com idade igual ou superior a 60 anos

Em agosto de 2020 foi firmada uma parceria entre o COSEMS/SP e o Instituto Butantã para distribuição de cerca de 1,1 milhão de testes rápidos adquiridos pelo IB para 644 municípios paulistas, exceto a capital.

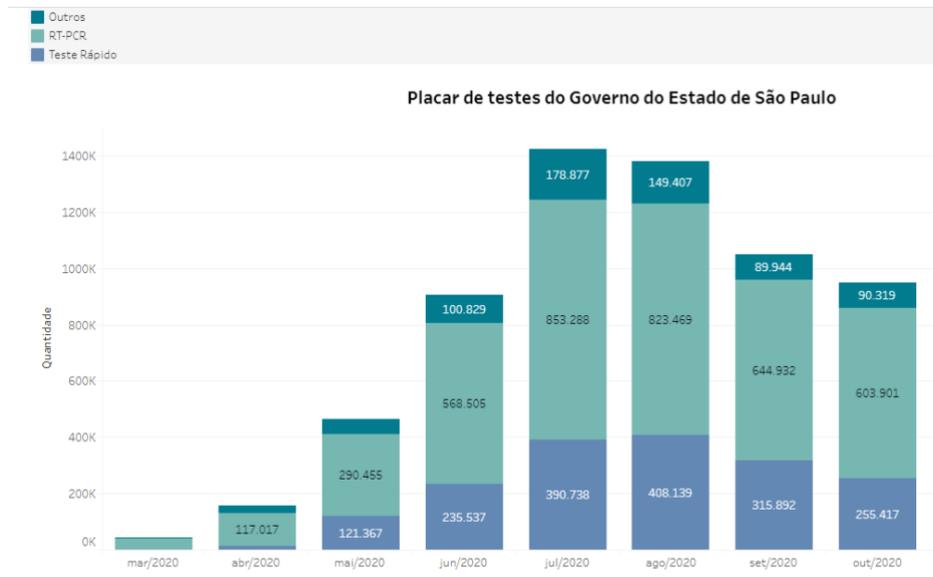
Esta estratégia teve como objetivo organizar a realização de testes rápidos para serem utilizados em grupos específicos da população, conforme a Deliberação CIB nº 55 e a Deliberação CIB nº 75. Para cada município foi estimado um quantitativo de testes, baseado no nº de trabalhadores da saúde registrados no CNES multiplicado por 03.

O Laboratório contratado para realizar as análises do material assumiu a responsabilidade de apoiar a organização da testagem e o treinamento dos funcionários que faziam coleta. Coube aos municípios garantia de insumos e profissionais para a coleta.

Em agosto foram distribuídas mais 3778 caixas de testes rápidos adquiridas pelo MS, para municípios do ESP que ainda não haviam recebido Testes Rápidos, adquiridos pelo IB;

Em setembro/2020 foram distribuídos mais 630.000 kits para coleta de RT-PCR, adquiridos pela SES, para municípios do ESP, com critério e metodologia de cálculo elaborado pelo COSEMS/SP e a partir de então as entregas foram regularizadas. Conforme dados de fevereiro de 2021 a Plataforma de Laboratórios para Diagnóstico do Coronavírus recebeu em média 11.000 exames/dia em todo Estado, totalizando mais de 1 milhão de testes realizados até essa data

Gráfico 12 - Quantidade de testes realizados por laboratórios públicos e privados no Estado de São Paulo de março de 2020 a novembro de 2020



Total mensal

mar/2020	43.873
abr/2020	155.831
mai/2020	464.095
jun/2020	904.871
jul/2020	1.422.903
ago/2020	1.381.015
set/2020	1.050.768
out/2020	949.637

Fonte : SES/SP , disponível no site do instituto Butantã

PARTE II: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO GASTO EM SAÚDE COM RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NA UNIDADE FEDERATIVA DE SÃO PAULO

As medidas de enfrentamento da Pandemia do Novo Coronavirus foram precedidas de um regramento jurídico que inicia-se com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 188 de 03 de fevereiro de 2020 que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) e pela publicação em 06 de fevereiro de 2020 da Lei Federal nº 13.979/2020 que regulamentou, em âmbito nacional, as medidas para enfrentamento da referida emergência de saúde pública. Em março reconhece-se, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, através da publicação do Decreto Legislativo nº 06/2020. A partir destas publicações, uma série de outras se seguiram, e este conjunto normativo passou a compor um regime jurídico de exceção atrelado à instituição de calamidade pública, justificando a criação e destinação de recursos extraordinários.

A análise destes recursos extraordinários destinados e aplicados na Unidade Federativa de São Paulo (no conjunto das gestões municipais e gestão estadual) será realizada a partir das transferências fundo a fundo entre os entes da federação, e a aplicação direta de recursos próprios, com destaque ao desempenho da execução orçamentária dos recursos extraordinários da Gestão Estadual.

Os dados financeiros e orçamentários foram extraídos de sistemas oficiais de consolidação de dados, a saber: Site do Fundo Nacional de Saúde; Boletim COVID – elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde de São Paulo; site do Portal Financeiro do Gestor da Secretaria Estadual de Saúde; entre outras fontes oficiais.

a) Transferências de recursos extraordinários federais à Gestão Municipal e Estadual no Estado de São Paulo

Os recursos extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde aos entes subnacionais foram registrados em um único Programa de Trabalho registrado na dotação orçamentária da seguinte especificação: 10.122.5018.21C0.65000 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

Desta forma, todos os recursos destinados aos Estados e Municípios originaram-se através da publicação de diferentes portarias durante todo o exercício de 2021 que previam recursos orçamentários que oneraram a Funcional Programática acima citada. A análise a seguir se pautará na direção, montantes, e regularidades das transferências federais destes recursos acumulada até a data de 18 de janeiro de 2021.

No início de 2021, dada a morosidade na execução do orçamento do Ministério da Saúde e consequente existência de saldos dos recursos extraordinários federais o governo federal, utilizando-se da previsão legal, reabriu saldo de créditos extraordinários, publicando algumas poucas portarias (até o momento de conclusão deste relatório) atreladas a estes saldos reabertos pela Medida Provisória nº1.032/2021.

b) Dinâmica das transferências federais: Montantes totais, por período e bloco de financiamento

Até 18 de janeiro de 2021 o Ministério da Saúde destinou aos Estados e Municípios aproximadamente 33,2 bilhões de reais, sendo a grande maioria destes recursos, aproximadamente 70%, destinados à gestão municipal. Para a Unidade Federativa de São Paulo foram destinados aproximadamente 5,8 bilhões de reais, sendo a maior parte destes recursos para a gestão municipal, num percentual aproximado de 65,5%, assim como observa-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Recursos Extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde até 18/01/2021 por tipo de Gestão

DESTINAÇÃO	GESTÃO ESTADUAL	GESTÃO MUNICIPAL	TOTAL
UND FEDERATIVA SÃO PAULO	R\$ 2.025.902.422,65	R\$ 3.823.807.142,03	R\$ 5.849.709.564,68
BRASIL - TOTAL	R\$ 9.860.080.778,32	R\$ 23.306.718.042,97	R\$ 33.166.798.821,29

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Ainda segundo o que demonstra a Tabela 2, a gestão estadual de São Paulo recebeu aproximadamente 2 bilhões de reais o que representou 20,5% do total de recursos extraordinários transferidos do Ministério de Saúde aos Estados. A gestão municipal paulista recebeu aproximadamente 3,8 bilhões de reais o que representou 16,5% das transferências do Ministério da Saúde ao conjunto dos municípios do país.

Estes recursos extraordinários do Ministério da Saúde foram transferidos por meio dos dois blocos de financiamento (criados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992/2017, alterada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 828/2020 que alteraram a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 06/2017): Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e, Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Tabela 3 – Recursos Extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde até 18/01/2021 segundo Bloco de Financiamento

BLOCO DE FINANCIAMENTO	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL GERAL
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)	R\$ 633.496.718,00	R\$ 739.241.317,00	R\$ 1.372.738.035,00
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)	R\$ 9.226.584.060,32	R\$ 22.567.476.725,97	R\$ 31.794.060.786,29
TOTAL	R\$ 9.860.080.778,32	R\$ 23.306.718.042,97	R\$ 33.166.798.821,29

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Como se observa na Tabela 3, a grande maioria do recurso extraordinário transferido aos municípios e estados foi transferido para aplicação regulamentada pelo Bloco de Financiamento de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde num volume de aproximadamente 31,8 bilhões de reais, ou, aproximadamente 97% do total transferido. Através do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde foram transferidos irrisórios 1,3 bilhões de reais aproximadamente.

Apesar de representativas em volume de recursos, as transferências federais dos recursos extraordinários para enfrentamento da Pandemia, chegaram em maior volume, tanto para a gestão estadual, quanto para a gestão municipal, na unidade federativa de São Paulo, a partir no mês de agosto de 2020. Em descompasso com o pico da epidemia verificado no estado, que segundo dados do SEADE, ocorreu nos meses de junho e julho de 2020.

Gráfico 13 – Recebimentos dos recursos extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde até 18 de janeiro de 2021, por mês de recebimento, segundo tipo de Gestão, para Unidade Federativa de São Paulo.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Como demonstrado acima (gráfico 13), em agosto a gestão municipal paulista recebeu aproximadamente 1,35 bilhões de reais. Isto representa um aumento de 63% em recebimentos na comparação com o segundo mês que concentrou a maior quantidade de recebimentos que foi abril (com recebimentos aproximados de 500

milhões de reais). Verifica-se também que a partir de setembro, os recebimentos da gestão municipal do Estado caem significativamente em volumes inferiores ao do mês de março quando iniciaram-se as transferências. A gestão estadual paulista também obteve créditos de maiores volumes em agosto, no entanto, a discrepância para os meses anteriores não foi tão significativa, uma vez que abril (segundo mês de maior recebimento de recursos) havia recebido aproximadamente 390 milhões de reais. Tal como na gestão municipal, os recebimentos a partir de outubro caem significativamente, em valores abaixo do pior mês que havia sido julho. Em dezembro há novo crescimento das transferências, motivado pela aceleração da execução do orçamento do Ministério da Saúde dada à proximidade com o término do exercício orçamentário e existência de saldos de recursos extraordinários a serem executados (consequência da lentidão e irregularidade na execução observada nos meses do primeiro semestre). Destaca-se a observação da queda dos recebimentos observada entre abril, maio e junho pelas gestões estaduais e municipais – fato já destacado no relatório do produto 1 e relacionado ao Relatório do Tribunal de Contas da União citado.

É significativa também a observação de que a gestão municipal paulista não recebeu transferências destinadas pelo bloco de Estruturação durante praticamente todo o exercício de 2020, apesar de ter sido o tipo de gestão que mais expandiu leitos (de Suporte Ventilatório e UTI Adulto e Pediátrico COVID como já observado). Os recebimentos de transferências pelo bloco de Estruturação pelos Fundos Municipais de Saúde ocorreram apenas em dezembro/20 e janeiro/21, no montante aproximado de 65,8 milhões de reais, o que representou 3,3% do total de recebimentos de recursos extraordinários pelos municípios paulistas até 18/01/2021. Já a gestão estadual paulista recebeu aproximadamente 97,3 milhões de reais com entradas nos meses de setembro, novembro e dezembro – este montante representou apenas 4,8% do total das transferências recebidas pela gestão estadual paulista até 18/01/2021. Isto significa que majoritariamente a expansão de capacidade instalada na unidade federativa de São Paulo foi custeada por recursos próprios municipais e/ou estaduais. Ressalta-se que os recebimentos pelo Bloco de Manutenção também foram compostos por valores relacionados às diárias de leitos para atendimento à casos suspeitos e confirmados de COVID,

recursos destinados ao cofinanciamento do custo de operação destes leitos perante processo (moroso e insuficiente) de habilitação já citado anteriormente.

Os recebimentos tardios, tal como verificado, prejudicaram sobretudo os municípios paulistas que precisaram reorganizar suas redes de atenção sem a participação de cofinanciamento federal nos momentos estratégicos e críticos da pandemia. Conforme demonstrado no produto 1, este é o padrão federal, considerando a aplicação dos recursos pelo Ministério da Saúde e o atraso nos repasses em relação à curva de óbitos e casos de Covid-19.

Ademais, os recebimentos tardios também prejudicaram a execução dos recursos, dado que o processo de licitação pública é moroso e o tempo passa a ser exíguo para execução. Um exemplo desta discrepância é a Portaria MS nº2.516/2020 que destinou recursos em setembro para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Saúde Mental. No Estado de São Paulo, aproximadamente 570 municípios participam do Programa Estadual Dose Certa em que recebem do Estado (por aquisição centralizada com recurso federal) 90% dos medicamentos relacionados na referida portaria. Desta forma, estes municípios não possuíam instrumento de contratualização vigente para realizar os pedidos dos medicamentos da relação eleita no Anexo I da referida portaria.

O TCU, no âmbito do Acórdão 2.283/2020-TCU-Plenário, permitiu que os repasses fundo a fundo efetuados pelo Ministério da Saúde e relacionados à Covid-19 pudessem ser executados pelos entes subnacionais em 2021. O relevante seria definir, em linha com um plano de execução dos recursos e com a EC 106/2020, que tais recursos serão aplicados no enfrentamento da pandemia, compreendendo ações diretamente relacionadas como contratação de leitos de UTI, aquisição de respiradores, aquisição de testes, de EPI mas também ações para o enfrentamento de suas consequências, compreendendo o conjunto de ações e serviços públicos de saúde voltado à organização de toda a rede, no contexto do elevado e crescente patamar de casos de Covid-19, das demandas represadas durante 2020 e do próprio aumento de demandas sobre o SUS trazido pela elevação do desemprego, para citar os principais fatores.

No entanto, até que o respectivo Acórdão fosse homologado, os gestores dos entes subnacionais, especialmente os municípios, vivenciaram um período de grandes

incertezas, uma vez que um considerável volume de recursos passou a ser transferido no mês de dezembro sem tempo hábil para sua execução até o término do exercício. Esta indefinição/insegurança jurídica, aliada à publicação de portarias que tinham como requisito a adesão pelos entes subnacionais (como é o caso da Portaria MS nº3.017/2020 que destinou recursos de investimentos para Atenção Bucal) resultaram em menores adesões por parte dos gestores e conseqüentemente, menores transferências aos municípios para este tipo de destinação.

c) A forma das transferências federais: as portarias - montantes, exigências e destinações.

Apesar de todos os recursos originarem-se em uma única dotação orçamentária como já exposto, com exceção de algumas poucas portarias (Portarias MS nº 395/2020, nº480/2020, nº1.666/2020 e nº3896), todos os demais recursos foram transferidos e publicados com destinação às áreas e ações específicas – prejudicando a compreensão e aplicação dos recursos por parte dos gestores municipais. O ideal, tal como determina a Lei Federal nº141/2012, seria que os recursos fossem transferidos em montantes únicos e regulares para aplicação de acordo com os Instrumentos de Planejamento Municipal, uma vez que são elaborados através de planejamento ascendente, participativo e pautados nas diferentes necessidades de saúde dos territórios. Abaixo a Tabela 4 demonstra o consolidado de recursos por gestão, segundo a portaria.

Tabela 4 – Recursos Extraordinários totais transferidos pelo Ministério da Saúde segundo Portaria até 18/01/2021, em reais (R\$)

PORTARIA	GESTÃO ESTADUAL	GESTÃO MUNICIPAL	TOTAL
Portaria 1666/20: Percapta /produção MAC / Repasse PAB	2.466.918.752,00	11.333.081.248,42	13.800.000.000,42
Portaria 774/20: Repasse comp. março APS ou 1/12 teto MAC	1.305.570.309,74	2.638.926.811,01	3.944.497.120,75
Habilitação Leito UTI COVID-19 (349 portarias)	1.710.234.870,40	2.064.651.385,60	3.774.886.256,00
EMENDA (72 Portarias)	1.242.391.590,00	1.203.851.428,05	2.446.243.018,05
Portaria 1393/1448: auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS)	752.771.542,93	1.247.228.457,07	2.000.000.000,00
Portaria 3896/20: Atender demandas assistenciais em decorrência covid	864.000.000,00	-	864.000.000,00

Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19 (06 Portarias de habilitação)	-	657.560.000,00	657.560.000,00
Portaria 2516/20: Aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental	65.889.149,03	583.944.323,80	649.833.472,83
Portaria 480/20: custeio das ações de saúde relacionadas ao enfrentamento da circulação do "COVID-19" - distribuição percapta	186.963.491,75	413.036.320,20	599.999.811,95
Portaria 1857/20: Preparação sistema educacional retorno alunos	2.523.352,00	451.807.850,00	454.331.202,00
Portaria 395/20: Repasse percapta	424.154.750,00	-	424.154.750,00
Aquisição de equipamentos e materiais permanentes (15 Portarias)	227.802.994,00	165.805.540,00	393.608.534,00
Informatização equipes SF e AP implementação de Prontuário Eletrônico. (02 portarias)	81.471,00	384.244.393,00	384.325.864,00
Portaria 2358/20: Incentivo execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.	4.536.000,00	365.172.000,00	369.708.000,00
Portaria 2405/20: Fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas	4.177.440,00	315.252.300,00	319.429.740,00
Portaria 2624/20: Incentivo para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de Covid-19	134.400.000,00	161.100.000,00	295.500.000,00
Portaria 2222/20: Ações Estratégicas de Apoio à Gestaçao, Pré-Natal e Puerpério	4.145.375,00	255.743.020,00	259.888.395,00
Portaria 2994/20: Incentivo atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da AB	2.242.000,00	219.569.937,50	221.811.937,50
Portaria 3717/20: Fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO)	210.000.000,00	-	210.000.000,00
Centro Comunitários de Referência (06 Portarias de habilitação)	-	167.855.730,00	167.855.730,00
Portaria 3017/20: Estrut.e adeq. ambientes assist. odontológica na APS e AES (03 Portarias de habilitação)	3.027.226,00	124.927.654,00	127.954.880,00
Portaria 2782/20: Execução das ações de imunização e vigilância em saúde	40.160.000,00	85.920.000,00	126.080.000,00
Portaria 430/20: Saúde na Hora - horário estendido UBS	2.475.000,00	122.910.000,00	125.385.000,00
Portaria 335/20: Desenvolvimento de ações na Rede de Atenção Psicossocial	7.675.377,75	91.416.899,00	99.092.276,75
Habilitação Leito UTI COVID-19 HPP (12 portarias)	43.038.000,00	45.180.000,00	88.218.000,00
Habilita leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (118 Portarias)	23.008.204,80	50.773.708,80	73.781.913,60
Portaria 2625/20: Incentivo para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid19.	49.500.000,00	16.875.000,00	66.375.000,00
Portaria 3248/20: Estruturação de unidades de Rede de Frio do PNI e para Vig. Epidem.	62.295.950,00	-	62.295.950,00
Portaria 3008/20: Incentivos apoiar a reorganização e adequação dos ambientes assistência odontológica na AB e AES	1.000.258,00	60.975.187,00	61.975.445,00
EMENDA Incremento PAB (07 Portarias)	-	38.122.048,00	38.122.048,00
Portaria 827/20: Complementação de valor sessão hemodiálise em paciente com suspeição ou confirmação de covid-19	12.225.685,92	24.240.822,27	36.466.508,19
EMENDA Incremento MAC (06 Portarias)	6.871.988,00	13.208.950,00	20.080.938,00

Portaria s/n: CORONAVÍRUS (COVID-19) – Secretaria Atenção Primária	-	1.897.029,25	1.897.029,25
Portaria s/n: CORONAVÍRUS (COVID-19) – Secretaria de Atenção Especializada	-	1.440.000,00	1.440.000,00
TOTAL	9.860.080.778,32	23.306.718.042,97	33.166.798.821,29

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Desta forma, os recursos extraordinários foram transferidos através de publicação de um grande número Portarias, aproximadamente 620 portarias, como observa-se na Tabela 4, acima. Até a data de 18 de janeiro de 2021 foram transferidos recursos advindos de diferentes Portarias de repasse direto com finalidade à áreas específicas (atenção básica, vigilância em saúde, média e alta complexidade), duas Portarias que criaram dois serviços temporários (Centro de Referência e Centro Comunitário de Atendimento ao COVID), 02 Portarias que criaram dois tipos de leitos (Suporte Ventilatório COVID e Leito de UTI COVID), uma portaria que ampliou o valor da sessão de hemodiálise, uma Portaria que alterou um Programa temporariamente (Saúde na hora emergencial), inúmeras portarias de habilitação e prorrogação de leitos e serviços além de inúmeras portarias que destinaram recursos de emendas parlamentares.

Houve ainda a publicação de três leis que dispuseram sobre a aplicação de recursos: Lei Federal nº 172/2020 que dispõe sobre a execução de saldos remanescentes de recursos federais vinculados dos Fundos de Saúde; Lei Federal nº173/2020 que dentre outros dispositivos criou de auxílio financeiro à Saúde e Assistência Social (transferências gerais); e Lei Federal nº 13.992/2020 que suspendeu a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo os repasses dos valores financeiros contratualizados, na sua integralidade e determinando a transferência do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) com base na média dos últimos 12 (doze) meses (a referida Lei foi complementada pela Portaria MS nº1.124/2020 e foi prorrogada pela Lei Federal nº14.061/2020).

Em duas das transferências publicadas (relacionada às Portarias nº 395/20 e nº 3.896/20) o recurso foi transferido inicialmente do Ministério da Saúde ao Fundo Estadual de Saúde e, somente depois da pactuação bipartite, aos Fundos

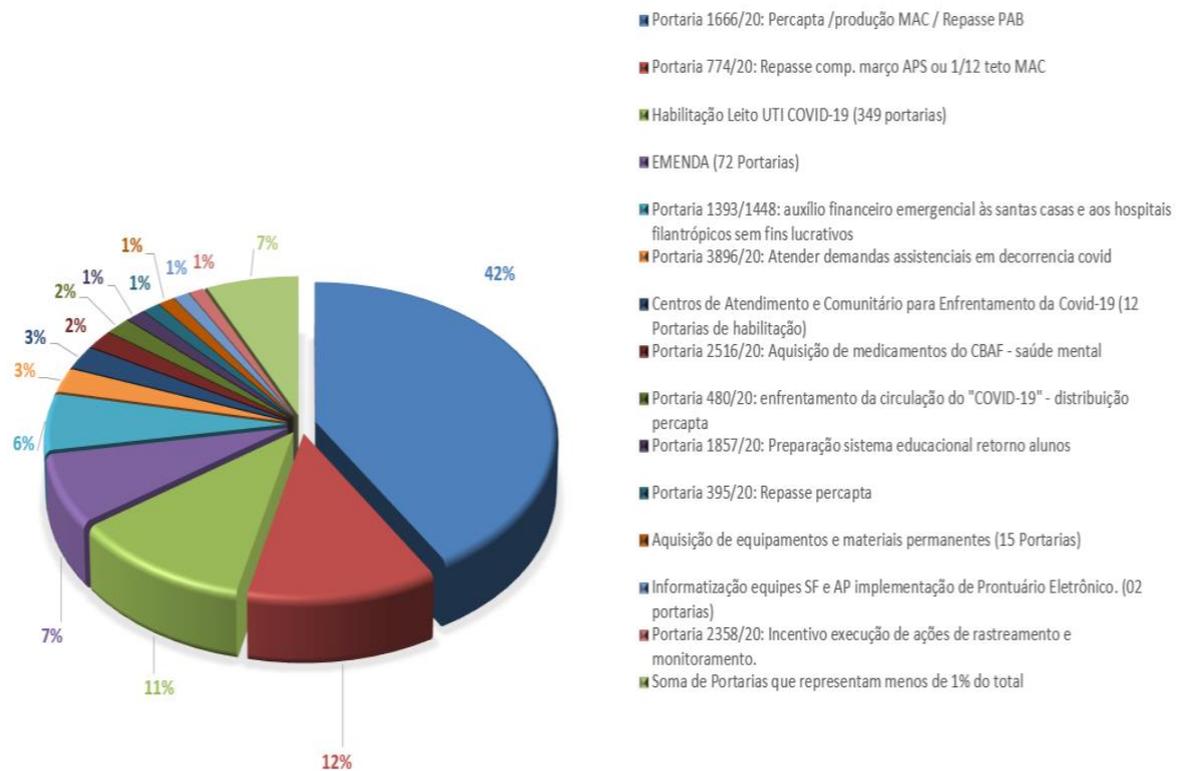
Municipais de Saúde, o que ampliou o tempo até o recebimento dos recursos pelos municípios para efetiva execução.

A Portaria nº 3.896/2020 citada acima, publicada no final de 2020, que destinou recursos para serem aplicados nas ações de enfrentamento da pandemia, sem destinação específica de área. A pactuação da distribuição, publicada através da Deliberação CIB nº 23/2021 e Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº38/2021. A pactuação do rateio dos recursos foi realizada com base na quantidade de leitos de UTI e produção de internações de Clínica Médica COVID (referente à competência de janeiro de 2021), sem cofinanciamento Federal, com ponderação das taxas de ocupação. No entanto, as resoluções estaduais anteriores, que destinaram recursos aos municípios para enfrentamento da pandemia, foram base de dedução dos valores calculados aos municípios.

Como observa-se no Gráfico 14, o maior volume transferido até 18 de janeiro de 2021 relacionou-se à Portaria MS nº1.666/2020 no montante de 42% (13,8 bilhões de reais), seguido pela Portaria MS nº774/2020 (transferência de uma competência adicional do Teto da Média e Alta Complexidade ou Piso de Atenção Básica) com 12% dos recursos, Portarias de habilitação de Leitos de UTI – COVID com também 12% do total de recursos transferidos, Portarias que destinam recursos por meio de emendas parlamentares no percentual de 7% do total, Portaria MS nº 1.393/2020 e Portaria MS nº 1.448/2020 (recursos destinados às santas casas e hospitais filantrópicos) no montante de 6% do total, valores destinadas ao enfrentamento da pandemia (sem definição de área específica) relacionado à Portaria MS nº3.896/20 com 3%, recurso para o cofinanciamento dos Centros de Atendimento e Comunitários de Enfrentamento à COVID com também 3% do total de recursos. As demais portarias contêm recursos com representação inferior a 2% cada uma.

Como se observa, apesar da estratificação das transferências federais que prejudica a aplicação dos recursos do ponto de vista da adequação das necessidades de saúde dos territórios, a área de Vigilância em Saúde não obteve volume representativo de recursos transferidos por meio das portarias federais. A Portaria MS nº2.358/2020, Portaria MS nº 2.624/2020 e Portaria nº2.782 representaram menos de 1% do total transferido cada uma. O mesmo se observa para a área de Atenção Básica.

Gráfico 14 – Recursos Extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde até 18/01/2021



No Estado de São Paulo, a representatividade percentual das diferentes transferências federais por portaria repete a representação percentual do total das transferências do Ministério da Saúde. Esta composição percentual pode ser observada pelo Tabela 5. Interessante a observação de que a transferência por Emenda parlamentar supera a somatória de transferências através das portarias relacionadas às ações de Vigilância em Saúde ou específicas para Atenção Básica, por exemplo – áreas afetadas ao enfrentamento da Pandemia. Cabe destacar que a livre destinação da Portaria MS nº1.666/2020 pode ter beneficiado a aplicação nestas em áreas pouco favorecidas na destinação dos recursos.

Tabela 5 – Recursos Extraordinários transferidos pelo Ministério da Saúde à Gestão Estadual e Municipal de São Paulo, segundo Portaria – até 18/01/2021 (em reais)

PORTARIA	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	%
Portaria 1666/20: Percapta /produção MAC / Repasse PAB	472.184.000,00	1.775.822.184,03	2.248.006.184,03	38,43
Habilitação Leito UTI COVID-19 (109 portaria de habilitação)	396.544.000,00	524.890.950,40	921.434.950,40	15,75
Portaria 774/20: Repasse comp. março APS ou 1/12 teto MAC	333.143.370,46	441.348.585,56	774.491.956,02	13,24
Portaria 1393 e 1448/20: auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos (SUS)	204.855.763,88	251.017.481,73	455.873.245,61	7,79
EMENDA (54 portarias)	213.561.216,00	90.370.098,00	303.931.314,00	5,20
Portaria 2516/20: Aquisição de medicamentos do CBAF saúde mental	-	141.260.943,16	141.260.943,16	2,41
Portaria 480/20: custeio das ações de saúde relacionadas ao enfrentamento da circulação do "COVID-19" - distribuição percapta	39.235.347,50	91.077.872,00	130.313.219,50	2,23
Portaria 3896/20: atender demandas assistenciais em decorrencia covid	126.522.037,23	-	R\$ 126.522.037,23	2,16
Portaria 395/20: Repasse percapta	92.129.856,00	-	92.129.856,00	1,57
Portaria 2358/20: Incentivo execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.	-	72.648.000,00	72.648.000,00	1,24
Portaria 1857/20: Preparação sistema educacional retorno alunos	-	65.441.854,00	65.441.854,00	1,12
Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19 (06 portaria de habilitação)	-	61.180.000,00	61.180.000,00	1,05
Aquisição de equipamentos e materiais permanentes (07 portarias)	29.068.838,00	27.536.939,00	56.605.777,00	0,97
Portaria 3717/20: Fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO)	56.500.000,00	-	56.500.000,00	0,97
Portaria 2624/20: Incentivo para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de Covid-19	24.100.000,00	30.100.000,00	54.200.000,00	0,93
Portaria 2405/20: Fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas	90.000,00	42.735.840,00	42.825.840,00	0,73
Portaria 222/20: Ações Estratégicas de Apoio à Gestaçao, Pré-Natal e Puerpério	120.000,00	34.446.085,00	34.566.085,00	0,59
Portaria 2994/20: Incentivo atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da AB	-	30.131.625,00	30.131.625,00	0,52
Habilita leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (37 portarias de habilitação)	1.752.115,20	23.064.729,60	24.816.844,80	0,42
Informatização equipes SF e AP implementação de Prontuário Eletrônico. (Portaria 3393/20 e 3474/20)	-	24.169.730,00	24.169.730,00	0,41
Portaria 3350/20: Desenvolvimento de ações na Rede de Atenção Psicossocial	440.819,00	16.841.301,00	17.282.120,00	0,30
Portaria 430/20: Saúde na Hora - horário estendido UBS	-	17.160.000,00	17.160.000,00	0,29
Portaria 2625/20: Incentivo para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO)	12.375.000,00	3.750.000,00	16.125.000,00	0,28
Portaria 2782/20: Execução das ações de imunização e vigilância em saúde	5.400.000,00	9.440.000,00	14.840.000,00	0,25
Estrut.e adeq. ambientes assist. odontológica na APS e AES (03 portarias de habilitação)	-	14.168.675,00	14.168.675,00	0,24
Centro Comunitários de Referência (03 portarias de habilitação)	-	14.026.345,00	14.026.345,00	0,24
Portaria 3248/20: Estruturação de unidades de Rede de Frio do PNI e para Vig. Epidem.	11.709.650,00	-	11.709.650,00	0,20
Portaria 827/20: Complementação de valor sessão hemodíalise em paciente com suspeição ou confirmação de covid-19	3.270.409,38	5.059.849,55	8.330.258,93	0,14

EMENDA Incremento PAB (04 portarias)	-	6.820.454,00	6.820.454,00	0,12
Portaria 3008/20: Incentivos apoiar a reorganização e adequação dos ambientes assistência odontológica na AB e AES	-	6.217.820,00	6.217.820,00	0,11
EMENDA Incremento MAC (04 portarias)	2.900.000,00	1.600.000,00	4.500.000,00	0,08
Portaria s/n: CORONAVÍRUS (COVID-19) Atenção Primária e Especializada	-	1.479.780,00	1.479.780,00	0,03
Total Geral	2.025.902.422,65	3.823.807.142,03	5.849.709.564,68	100,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Outros aspectos relativos à forma são variáveis importantes na análise das transferências federais, como por exemplo: a exigência de registros em sistemas, processos de prestação de contas, destinação a prestadores e processo de habilitação.

Assim, destacaram-se algumas portarias que estabeleceram requisitos de registro/monitoramento de dados para comprovação de aplicação de recursos não existentes nos sistemas correlatos - CNES, e-SUS AB, e-SUS Notifica. Tal fato ocorreu na regulamentação registrada nas Portarias MS nº 1.857/20 (2.306/2020), nº2.222/2020, nº 2.358/2020, nº2.405/2020, nº2.516/2020. O estabelecimento destes requisitos inclusive extrapolou o regime geral de prestação de contas estabelecido pela Lei Federal nº 141/2012, que estabelece que a prestação de contas de recursos transferidos fundo a fundo deve ser realizada pelo Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Houve ainda a determinação de aplicação de recurso em despesa não considerada como despesa em ação e serviço público de saúde, segundo o que regulamenta a Lei Federal nº141/2012. Esta determinação estava contida na Portaria nº 1.857/2020. A portaria determinava a aquisição de insumos pela Saúde Municipal à comunidade escolar. A referida portaria foi republicada para exclusão desta determinação equivocada através da Portaria MS nº 2.027/2020, motivada por solicitação dos gestores municipais através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Houve transferências de destinação definida a entidades, santas casas e hospitais filantrópicos no montante de 3,660 bilhões para todo país, para unidade federativa de São Paulo foram transferidos R\$ 455.873.245,55. Uma representativa parcela destes recursos (R\$12.540.086,37) teve como destino entidades que atuavam em

áreas não diretamente relacionadas ao enfrentamento da Pandemia, como por exemplo Hospitais Psiquiátricos (recursos publicados pela Portaria MS nº 1.393/2020 e 1.448/2020), o que gerou dificuldade na aplicação dos recursos pelos gestores, uma vez que a necessidade de saúde dos territórios apontava para outras áreas e/ou prestadores mais diretamente relacionadas ao combate da Pandemia. Tais exemplos estão demonstrados pela Tabela 6, abaixo.

Tabela 6 – Transferências de recursos extraordinários à Hospitais e Clínicas Psiquiátricas paulistas (Portarias MS 1.393 e 1.448/2020)

<i>Município</i>	Código CNES	Razão Social e Nome Fantasia	CNPJ	Gestão	Código Gestor	Valor
<i>AMERICANA</i>	2081733	SEARA SERVICO ESPÍRITA DE ASSISTENCIA E RECUPERACAO DE AMERI - SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO	43266220000174	MUNICIPAL	350160	649.441,09
<i>ARARAQUARA</i>	2079763	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPÍRITA CAIRBAR SCHUTEL - CASA CAIRBAR SCHUTEL	45271137000119	MUNICIPAL	350320	906.550,28
<i>ARARAS</i>	2082470	CLÍNICA ANTONIO LUIZ SAYAO ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO - CLÍNICA SAYAO ARARAS	44214203000156	ESTADUAL	350000	1.332.063,91
<i>CATANDUVA</i>	2058626	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESP MAHATMA GANDHI - HOSPITAL PSIQUIATRICO MAHATMA GANDHI	47078019000114	MUNICIPAL	351110	1.512.197,70
<i>FRANCA</i>	2080117	FUNDACAO ESPÍRITA ALLAN KARDEC - HOSPITAL PSIQUIATRICO ALLAN KARDEC FRANCA SP	47957667000140	MUNICIPAL	351620	2.096.653,43
<i>ITAPIRA</i>	2085143	FUNDACAO ESPÍRITA AMERICO BAIRRAL - INSTITUTO AMERICO BAIRRAL DE PSIQUIATRIA	49914773000172	ESTADUAL	350000	2.120.860,71
<i>PRESIDENTE PRUDENTE</i>	2058782	ASSOCIACAO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES - HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPÍRITA BEZERRA DE MENEZES P PRUDENT	44868644000171	ESTADUAL	350000	1.720.527,19

SAO PAULO	2812703	FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA MECMPAS - FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA HCFMUSP INST DE PSIQUIATRIA SP	565770590 00363	ESTADUAL	350000	1.208.006,58
AMERICANA	2081733	SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO - SEARA SERVICO ESPIRITA DE ASSISTENCIA E RECUPERACAO DE AMERI	432662200 00174	MUNICIPAL	350160	176.256,29
ARARAQUARA	2079763	CASA CAIRBAR SCHUTEL - HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA CAIRBAR SCHUTEL	452711370 00119	MUNICIPAL	350320	86.253,08
FRANCA	2080117	HOSPITAL PSIQUIATRICO ALLAN KARDEC FRANCA SP - FUNDACAO ESPIRITA ALLAN KARDEC	479576670 00140	MUNICIPAL	351620	431.265,40
PRESIDENTE PRUDENTE	2058782	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA BEZERRA DE MENEZES P PRUDENT - ASSOCIACAO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES	448686440 00171	ESTADUAL	350000	300.010,71
TOTAL						12.540.086,37

Fonte: Diário Oficial da União

No que se refere ao requisito de habilitação pode-se citar o caso da criação de dois novos serviços temporários através de portarias publicadas no final de maio de 2020 (Portaria MS nº 1.445/2020 e Portaria MS nº 1.742/2020), a saber: Centro de Referência para Atendimento COVID-19 e o Centro Comunitário de referência para COVID-19. No entanto, o sistema e-Gestor AB suspendeu as solicitações de credenciamento destes novos serviços já no início do mês de agosto, prejudicando alguns municípios que não conseguiram solicitar o credenciamento e arcaram solitariamente com os custos da criação destes Centros durante todo o exercício de 2020 e início de 2021. Também foram criados três tipos de leitos específicos – Leitos de UTI adulto COVID19, Leitos de UTI infantil COVID 19 e Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar – cujo financiamento está detalhado acima, em que a morosidade e dificuldade burocrática para habilitação também marcaram o processo.

d) Transferências de recursos extraordinários estaduais aos Municípios no Estado de São Paulo

Os repasses estaduais de recursos extraordinários aos municípios paulistas, tais como as portarias do Ministério da Saúde, são precedidos de publicação de Resoluções da Secretaria Estadual de Saúde. Até 25 de março de 2021 foram publicadas 22 Resoluções Estaduais que destinaram recursos aos municípios paulistas.

O maior volume de recursos extraordinários estaduais destinados aos municípios estão atrelados à Resolução SS nº41/2020. Esta Resolução consiste em um valor por habitante segundo contingente populacional IBGE (Estimativa de 2019) com base no Piso de Atenção Básica Estadual (PAB Estadual). Através desta publicação destinou-se em parcela única 4, 6, 8 ou 10 (inversamente proporcional à quantidade de habitantes) reais por habitante aos municípios no montante total de R\$311.340.804,00. No entanto, a Resolução onerou a dotação orçamentária em que estão previstos os recursos do PAB Estadual regular o que provavelmente ocasionou um atraso nas transferências do PAB Estadual do 1º trimestre: as transferências desta competência deveriam ocorrer em abril, mas ocorreram apenas em meados de julho.

A Resolução SS nº52/2020 publicou um recurso adicional de custeio à assistência e auxílio ao transporte intermunicipal para leitos de clínica médica de atendimento de pacientes que não foram diagnosticados com suspeita ou confirmados como casos de COVID (nos valores de R\$800,00 – para assistência hospitalar e mais R\$500,00 por paciente “transportado”). Este recurso tem como requisito a adesão ao programa, com necessidade de apresentação da quantidade de pacientes realocados para as referências hospitalares que, segundo a Grade de Urgência e Emergência construída de maneira bipartite para cada uma das regiões do Estado (Deliberação CIB nº 25 /2020), mantiveram seus atendimentos preferencialmente ou exclusivamente às demais enfermidades clínicas.

Outras parcelas importantes de recursos foram publicadas por Resoluções Estaduais SS relacionadas à Emendas ou Demandas Parlamentares. No total foram publicadas 7 resoluções até 25 de março de 2021, a saber: Resolução SS nº

48/2020; Resolução nº SS 55/2020; Resolução SS nº 57/2020; Resolução SS nº 86/2020; Resolução SS nº 94/2020; Resolução SS nº 105/2020; Resolução SS nº 120/2020. Os recursos destas publicações pautaram-se na aprovação do Governo Estadual junto à Assembleia Legislativa do Estado no redirecionamento de todos os recursos já programados para transferências aos municípios de emendas parlamentares do exercício para a área de saúde. Cabe salientar que parte destes recursos já estavam direcionados para a saúde e foram mantidos. No entanto, caracterizado como emenda parlamentar, uma significativa parcela dos recursos já possuía objeto definido – dificultando a aproximação da execução dos recursos às diferentes demandas dos territórios.

A aplicação dos recursos extraordinários estaduais de emendas foi orientada pela Deliberação CIB nº34/2020, que versou não somente sobre objetos e classificação econômica de despesa. Mas, também relacionou aspectos do sistema de informática que deveria ser utilizado para gerenciamento e consulta de valores – dado que houve alteração do sistema de informática regularmente utilizado (Sistema Sem Papel do Governo do Estado), o que inicialmente gerou grandes dúvidas dos gestores municipais.

Os demais recursos foram publicados por Resoluções que destinaram valores por município com a finalidade de implantação de leitos de UTI e de Clínica Médica, bem como custeio das ações de saúde no enfrentamento do Novo Coronavírus – Covid 19. Estas resoluções não explicitaram os parâmetros de cálculo dos valores de cada um dos municípios tal como não explicitaram o processo de escolha dos municípios relacionados. No total foram, foram publicadas até 25/03/2021, 13 destas resoluções, a saber: Resolução SS 156/20, Resolução SS 158/20, Resolução SS 159/20, Resolução SS 09/21, Resolução SS 12/21, Resolução SS 14/21, Resolução SS 22/21, Resolução SS 27/21, Resolução SS 33/21, Resolução SS 36/21, Resolução SS 37/21, Resolução SS 43/21 e Resolução SS 46/21.

Tabela 7 – Recursos Extraordinários transferidos pela Secretaria Estadual de Saúde aos municípios paulistas até 25/03/2021

Resoluções Publicadas	VALOR PUBLICADO	VALOR PAGO	
Resolução SS 41/2020 (Base PAB Estadual)	R\$ 311.340.804,00	R\$ 458.374.421,00	
Resolução SS 52/2020 (Transporte Hosp. Retaguarda)	R\$ 114.885.617,00		
Resolução SS 48/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 55/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 57/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 86/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 94/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 105/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 120/2020 - Demandas Parlamentar			
Resolução SS 156/2020 Recurso Extra. Estadual	R\$ 30.708.000,00	R\$ 201.248.682,00	
Resolução SS 158/2020 Recurso Extra. Estadual	R\$ 1.440.000,00		
Resolução SS 159/2020 Recurso Extra. Estadual	R\$ 2.736.000,00		
Resolução SS 09/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 21.180.000,00		
Resolução SS 12/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 3.861.000,00		
Resolução SS 14/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 22.320.000,00		
Resolução SS 22/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 11.484.000,00		
Resolução SS 27/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 15.758.409,00		
Resolução SS 33/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 32.421.254,40		
Resolução SS 36/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 7.849.152,00		
Resolução SS 37/2021 Recurso Extra. Estadual	R\$ 22.914.000,00		
Resolução SS 43/2021 Recurso Extra. Estadual (aguardando finalização da transferência)	R\$ 218.407.713,60		
Resolução SS 46/2021 Recurso Extra. Estadual (aguardando transferência)	R\$ 16.325.107,20		
Total	R\$ 833.631.057,20		R\$ 659.623.103,00

Fonte: Portal Financeiro do Gestor – SES/SP

Como demonstrado acima, o montante total de recursos extraordinários transferidos aos municípios foi de aproximadamente 659,6 milhões de reais. Sendo 47% dos recursos originados na Resolução Estadual SS nº 41.

É importante destacar que os valores publicados por município das Resoluções SS nº159/20, nº 09/21, nº 12/21, nº14/21 e nº 22/21 foram objeto de desconto no momento da pactuação da divisão dos valores da Portaria nº3.896/2020, publicada no final de dezembro/2020, cujos valores foram transferidos ao Fundo Estadual de Saúde, devendo ser divididos entre a gestão estadual e municipal mediante pactuação bipartite. O valor somado destes descontos foi de R\$ 8.506.366,66

sendo somado à parcela da gestão estadual calculada segundo o parâmetro de cálculo elaborado.

e) Aplicação Direta de recursos extraordinários de fonte própria e de transferências federais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

A posição da execução orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 31 de dezembro de 2020 apresenta um saldo a executar de aproximadamente 122,6 milhões de reais, considerando-se a diferença entre os valores disponíveis na dotação atualizada e os valores liquidados. Este saldo representa quase 4% dos recursos disponíveis da dotação atualizada registrada. Há também uma inscrição em Restos a Pagar de aproximadamente 747,5 milhões (23% dos recursos empenhados), tal como observa-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Evolução da Execução Orçamentária e Financeira – Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo por meses – dados acumulados até 31/12/2020 – em reais.

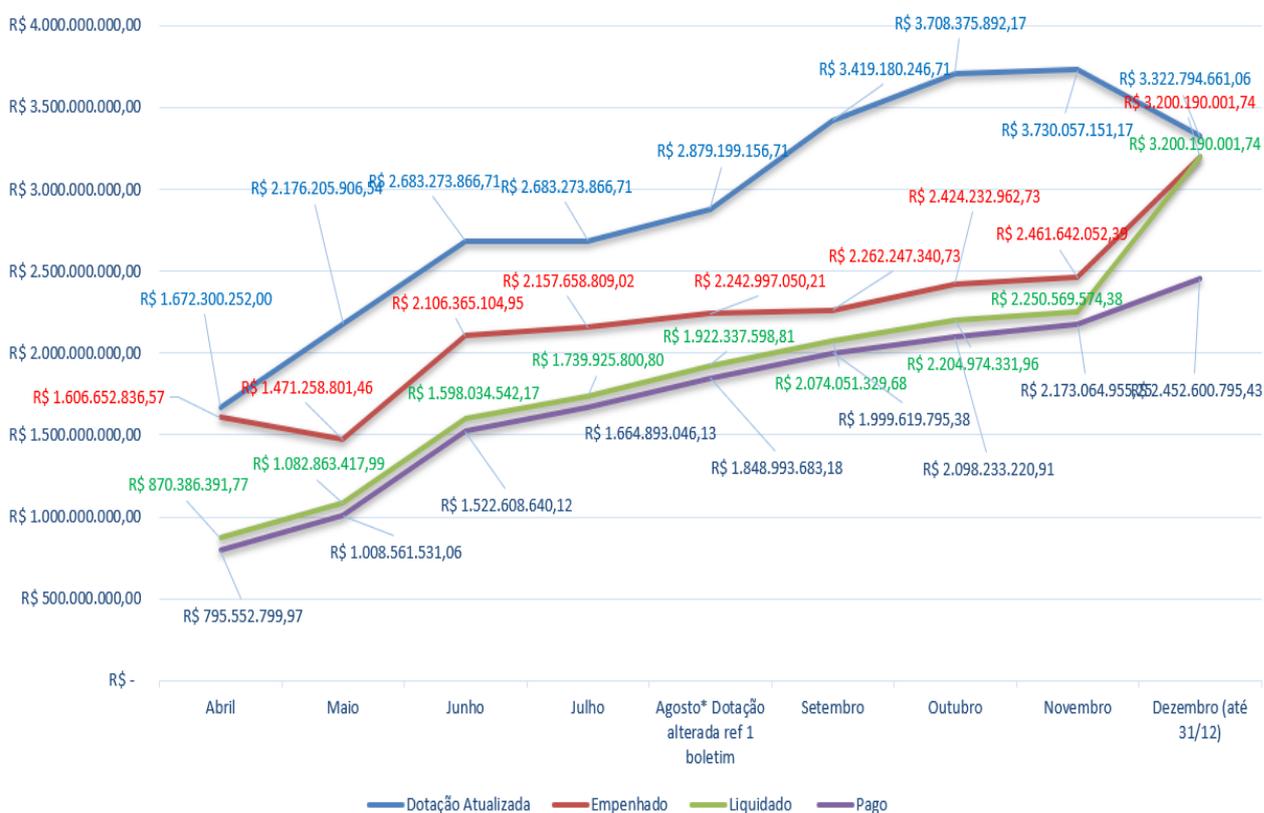
Mês	Dotação Atualizada	Empenhado	Liquidado	Pago
<i>Abril</i>	1.672.300.252,00	1.606.652.836,57	870.386.391,77	795.552.799,97
<i>Mai</i>	2.176.205.906,54	1.471.258.801,46	1.082.863.417,99	1.008.561.531,06
<i>Junho</i>	2.683.273.866,71	2.106.365.104,95	1.598.034.542,17	1.522.608.640,12
<i>Julho</i>	2.683.273.866,71	2.157.658.809,02	1.739.925.800,80	1.664.893.046,13
<i>Agosto</i>	2.879.199.156,71	2.242.997.050,21	1.922.337.598,81	1.848.993.683,18
<i>Setembro</i>	3.419.180.246,71	2.262.247.340,73	2.074.051.329,68	1.999.619.795,38
<i>Outubro</i>	3.708.375.892,17	2.424.232.962,73	2.204.974.331,96	2.098.233.220,91
<i>Novembro</i>	3.730.057.151,17	2.461.642.052,39	2.250.569.574,38	2.173.064.955,25
<i>Dezembro (até 31/12)</i>	3.322.794.661,06	3.200.190.001,74	3.200.190.001,74	2.452.600.795,43

Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

A evolução do desempenho da execução orçamentária no total de recursos extraordinários disponíveis (somatória de recursos próprios e do tesouro estadual) do orçamento da Secretaria Estadual de Saúde descreve uma tendência de piora de na transição do mês de abril para maio, com nova piora significativa a partir do mês de agosto. Esta piora pode ser identificada pelo aumento da diferença entre os recursos disponíveis (dotação atualizada) e os recursos empenhados de cada

um dos meses. Entre novembro e dezembro há uma importante melhora no perfil de desempenho da execução orçamentária, que reflete a aceleração do empenhamento (664 milhões aproximadamente), liquidação (848 milhões aproximadamente) e também da supressão da Dotação disponível no valor aproximado de 408 milhões de reais. Esta supressão se deu majoritariamente na fonte tesouro (89%). Ainda segundo a tabela acima, observa-se em maio/2020 uma queda importante no nível de empenho, a partir de um cancelamento de empenho superior a 135 milhões de reais. Cabe destacar que esta dinâmica de execução também está relacionada ao ritmo de transferências da União (como demonstrado pelo Produto 1) caracterizada por transferências menos significativas nos primeiros meses da epidemia.

Gráfico 15 – Evolução do desempenho da execução orçamentária dos recursos extraordinários totais (Tesouro Estadual e Recursos Vinculados Federais) da Secretaria Estadual de Saúde até 31 de dezembro de 2020.



Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Esta evolução do desempenho da execução orçamentária analisada a partir da Tabela 8 pode ser mais bem observada a partir da leitura do Gráfico 15 acima. A distância entre as linhas que representam a dotação atualizada (linha azul) e as linhas que representam o empenhado (linha vermelha) e liquidado (linha verde) denotam o desempenho da execução orçamentária. Maiores áreas entre as linhas, representam piores desempenhos. Desta forma, observa-se que, no geral, o desempenho tem piora visível no nível de empenho no mês de maio (dado o cancelamento de valores citados), e piora nos níveis de empenho e liquidação a partir do mês de agosto, com representativa melhora no mês de dezembro, com a aceleração dos empenhamentos e liquidações e supressão da dotação disponível.

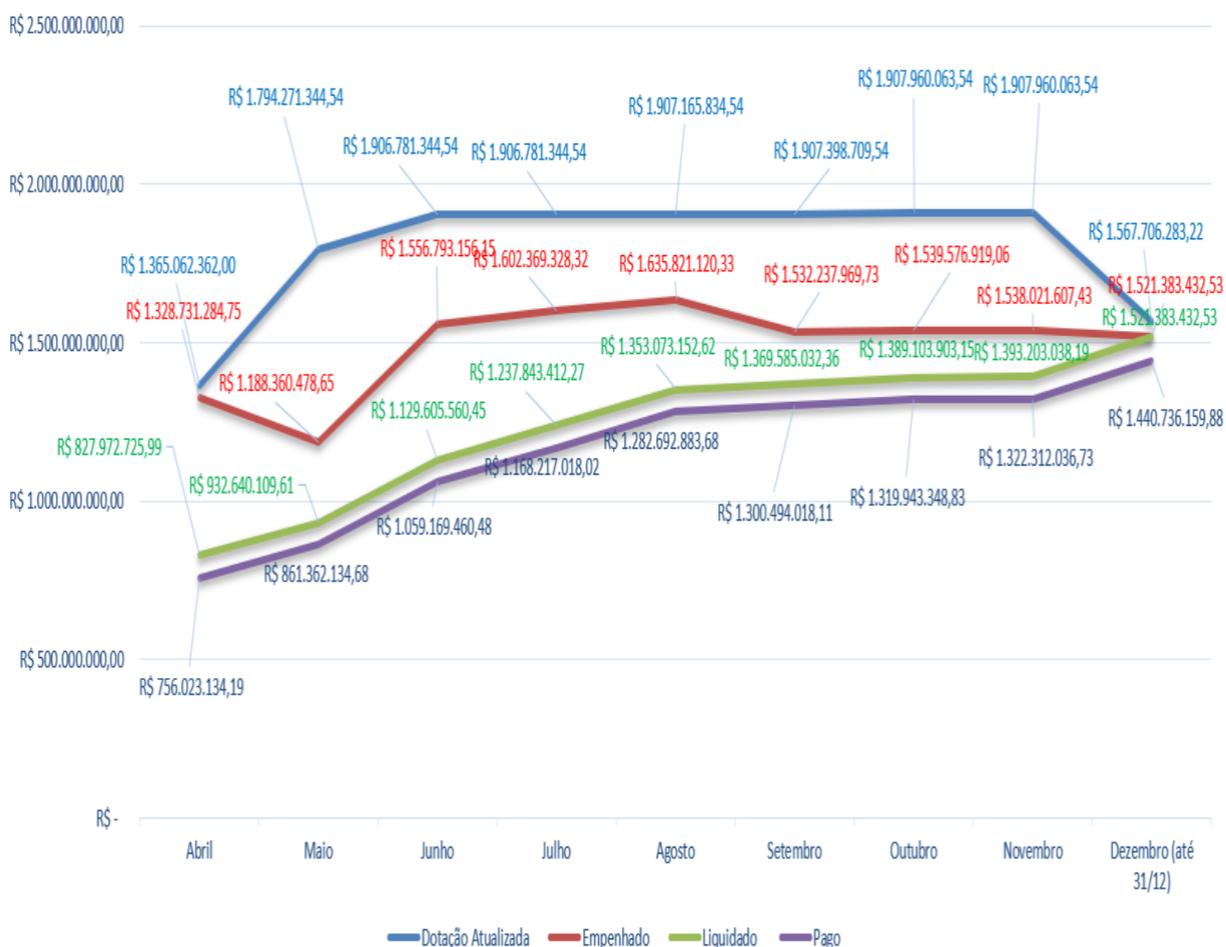
As diferentes fontes de recursos apresentam diferentes desempenhos da execução orçamentária e financeira. Como observa-se nos Gráficos 16 e 17, é melhor o desempenho da execução dos recursos extraordinários de fonte própria estadual que o desempenho da execução dos recursos extraordinários de transferência vinculada federal.

Há algumas variáveis que podem ser consideradas neste contexto. Do ponto de vista dos recursos extraordinários de transferência, os recebimentos tardios e a queda observada nos meses de abril, maio e junho (tal como apontado pelo produto 1) podem ter impactado a dinâmica de execução – no entanto, cabe destacar que os recebimentos federais dos recursos pela gestão estadual não apresentaram tão significativa discrepância no mês de agosto como ocorreu nos recebimentos da gestão municipal. No que se refere à execução de recursos extraordinários de fonte própria estadual, a transferência fundo a fundo de recursos aos municípios pode ter favorecido o melhor desempenho da execução orçamentária e financeira – uma vez que as transferências na modalidade fundo a fundo não são precedidas de processo licitatório ou tecido jurídico que implique morosidade.

Outra diferença importante entre a execução dos recursos extraordinários de fonte própria estadual e dos recursos extraordinários de transferência vinculada federal é a existência de cancelamento de empenho. Como se observa no Gráfico 17, houve na execução dos recursos extraordinários de fonte própria estadual cancelamento de empenho nos valores de 140,4 milhões de reais no mês de maio, 103,5 milhões no mês de setembro, 1,5 milhões no mês de novembro e 16,6

milhões no mês de dezembro. Perfazendo um cancelamento total superior a 260 milhões. Exceto pelo mês de maio, nos demais meses do exercício, estes cancelamentos de empenho foram cobertos pela aceleração de empenhos na fonte de recursos extraordinários de transferência vinculada federal. No entanto, os dados disponíveis não permitem identificar se houve migração de despesas de uma fonte para outra.

Gráfico 16 – Evolução do desempenho da execução orçamentária dos recursos extraordinários de fonte própria (Tesouro Estadual) da Secretaria Estadual de Saúde até 31 de dezembro de 2020



Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Gráfico 17 – Evolução do desempenho da execução orçamentária dos recursos extraordinários de fonte federal (Recurso federais transferidos) da Secretaria Estadual de Saúde até 31 de dezembro de 2020

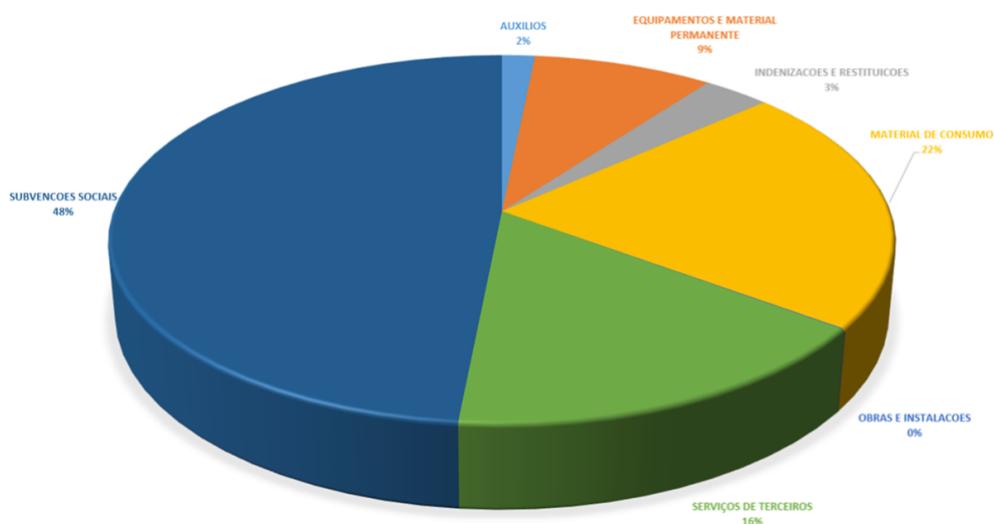


Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Os recursos extraordinários executados pela Secretaria Estadual de Saúde foram alocados em maiores volumes para despesas com prestadores, sejam entidades sem fins lucrativos, filantrópicas e santas casas ou privados. Como observa-se no Gráfico 18, na somatória das fontes, foram liquidados 48% dos recursos com subvenções sociais e 16% com serviços de terceiros de pessoa jurídica. Os demais gastos mais representativos foram com material de consumo e equipamentos, no percentual de 33%. Como já demonstrado anteriormente, a aquisição centralizada do Ministério da Saúde em quantidades insuficientes de Equipamentos de Proteção Individual, Medicamentos e insumos de laboratório para coleta dos testes ocasionou maiores investimentos do Estado neste tipo de despesa (material de consumo). O atraso nas transferências federais, e a falta de coordenação federal no processo de aquisição de insumos e/ou intervenção no mercado prejudicou a

oferta destes insumos em quantidades e tempo oportuno, uma vez que o mercado ampliou muito os preços dos itens afetos às ações de enfrentamento da Pandemia. Quando se observa o recorte por fonte, identifica-se que esta destinação majoritária é ainda mais relevante na fonte federal, uma vez que: 26% do recurso próprio extraordinário foi alocado para Subvenções Sociais; e 69% dos recursos transferidos extraordinários foram alocados para Subvenções Sociais. Esta execução condiz com a conformação da rede assistencial do Estado.

Gráfico 18 – Destinação dos recursos extraordinários totais (Tesouro Estadual e Recursos Vinculados Federais) liquidados, segundo elemento de despesa da Secretaria Estadual de Saúde (situação de 31 de dezembro de 2020).

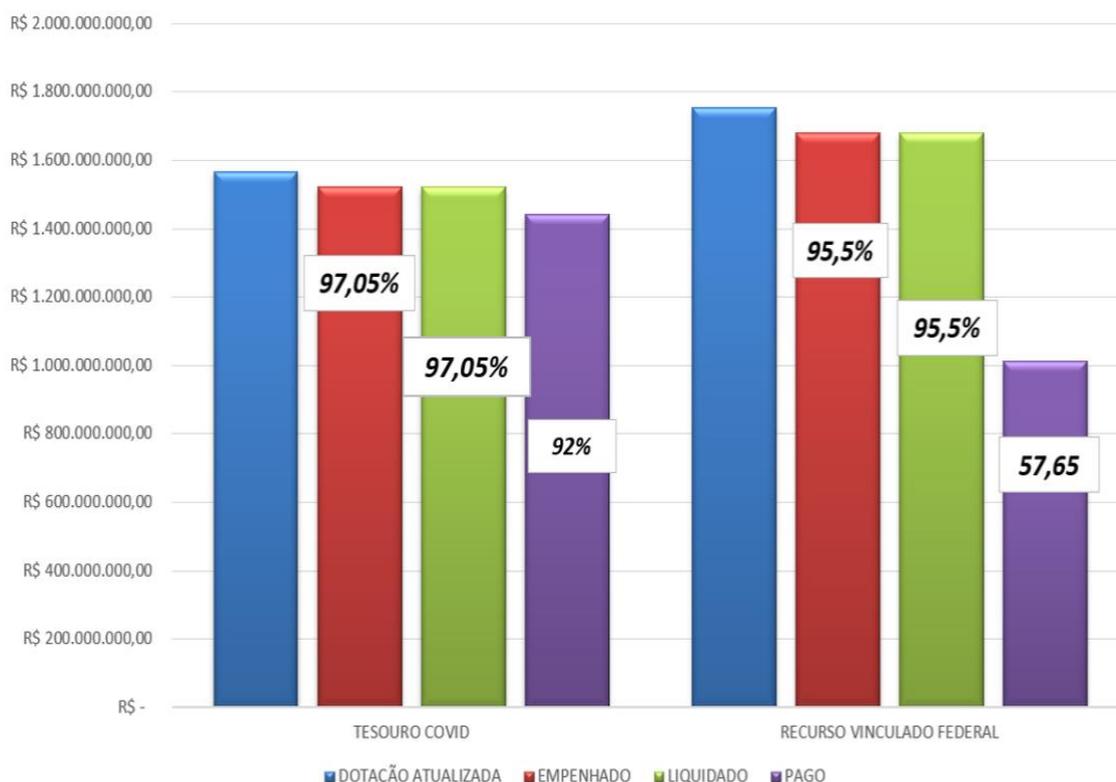


Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

O Gráfico 19 abaixo analisa o desempenho da execução por fonte. Assim, observa-se que na data de 31 de dezembro de 2020 o nível de empenho e liquidação é de 97,05% nos recursos extraordinários disponíveis de fonte própria. No que se refere à execução dos recursos extraordinários federais vinculados o nível de empenho e liquidação é ligeiramente menor, perfazendo o percentual de 95,5% - este desempenho é reflexo da aceleração observada no mês de dezembro que se somou à supressão da Dotação Disponível como já apontado anteriormente. Assim, segundo a metodologia para análise e acompanhamento da execução

orçamentária desenvolvida pelo Conselho Nacional de Saúde³, tanto na fonte própria, como na fonte federal, a execução é classificada como “Adequada”.

Gráfico 19 – Situação do desempenho da execução orçamentária dos recursos extraordinários do Tesouro Estadual e Recursos Vinculados Federais da Secretaria Estadual de Saúde no dia 31 de dezembro de 2020.



Fonte: Boletim COVID nº03 – Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

No entanto, é imperioso compreender que a melhora no desempenho da execução orçamentária, por supressão de dotação disponível, não se reflete em maiores entregas de Ações e Serviços Públicos de Saúde. Caso não houvesse ocorrido a supressão da dotação no valor de aproximadamente 408 milhões (na somatória dos recursos extraordinários próprios Estaduais e Federais) o nível de empenho e

³ Consulte a Domingueira IDISA nº 23/2018: Parâmetros referenciais para a análise da execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde, disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-agosto-2018?lang=pt>

liquidação teria atingido o percentual de 85,5% enquadrando-se na classificação “Inadequada” segundo a metodologia acima citada.

Cabe destacar ainda que a situação de execução registrada no Boletim COVID nº 01/2020 do Conselho Estadual de Saúde, em setembro de 2020, era diametralmente oposta, tendo sido empenhado nos recursos extraordinários federais vinculados 48% da dotação atualizada e liquidado 46% da dotação atualizada – este nível de execução é classificado como “Inaceitável” do ponto de vista do nível de empenho e “Intolerável” para o nível de liquidação segundo metodologia para análise e acompanhamento da execução orçamentária desenvolvida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na média, na somatória das fontes, o desempenho da execução orçamentária da Gestão Estadual do fechamento do exercício (31/12/2021) é classificado como “Regular” para o nível de empenho (96,3%) e “Adequada” para o nível de liquidação (96,31%) segundo a metodologia citada. Este desempenho ligeiramente pior na execução dos recursos extraordinários de transferência federal (que influenciou o resultado geral) está diretamente relacionado ao ritmo de transferências federais e às dificuldades de aplicação dos recursos pelos entes subnacionais impostas pela forma de transferência através das portarias já analisadas acima e que se reflete no nível de pagamentos (apenas de 57,65%). Desta maneira, observa-se a existência de saldos significativos destes recursos e a necessidade de sua aplicação no exercício de 2021, conforme aponta o Acórdão 2.283/2020-TCU-Plenário, incluída a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde relacionados aos impactos da pandemia nos sistemas de saúde (reorganização da rede, retomada dos atendimentos eletivos, aumento da demanda dos usuários pelos serviços de saúde, entre outros).

CONCLUSÕES

- Observou-se claramente um grande investimento em ampliação da oferta de leitos para pacientes com COVID19, em especial de leitos de UTI, por parte dos gestores estadual e mais ainda por parte dos gestores municipais. O investimento das gestões municipais em leitos novos foi maior que na gestão estadual, com 70% dos leitos de CM e 67% dos leitos de UTI em relação ao total de leitos implantados no estado;
- Houve uma ampliação de cerca de 21% dos leitos de CM em relação ao existente antes da pandemia e ampliação de 147% de leitos de UTI em todo o estado;
- A preocupação das autoridades em obter uma maior abertura econômica a partir das classificações do Plano São Paulo induziu essa abertura de leitos para manter baixas as taxas de ocupação e teve como consequência uma flexibilização prematura das medidas de distanciamento social o que pode ter ocasionado a observada manutenção do “platô” com altas taxas de infecção nas regiões do estado durante o ano de 2020 e o recrudescimento da pandemia no primeiro trimestre de 2021;
- Apesar dos benefícios atrelados ao faseamento e classificações periódicas, o Plano São Paulo apoiou-se majoritariamente em indicadores relacionados à oferta de leitos de UTI (a taxa de ocupação de leitos é o indicador com maior peso no cálculo de classificação das regiões nas diferentes fases do Plano). No entanto, o Plano não contempla planejamento sobre estratégias de atuação da Vigilância em Saúde (testagem e rastreamento) em articulação com a área de Atenção Básica. Estratégias que teriam efeitos benéficos para a prevenção da disseminação da pandemia no Estado;
- Na média do estado as taxas e ocupação de leitos de UTI, no ano de 2020, não passaram de 80%, no entanto em algumas regiões estiveram acima de 100% durante alguns períodos e no primeiro trimestre de 2021 as taxas médias foram subindo gradativamente. Utilizar a média das taxas de ocupação como metodologia de cálculo dos indicadores do Plano São Paulo prejudicou a observância de picos de sobrecarga e/ou falta de disponibilidade de leitos em alguns municípios;
- As redes básicas de saúde sofreram importantes obstáculos no processo de reorganização da atenção em atendimento às novas demandas relacionadas à pandemia, em que se destacaram a escassez de equipamentos de proteção individual, morosidade e insuficiência do processo de habilitação dos Centros de referência para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de COVID e as dificuldades gerenciais impostas pelo período de transição imposto pelo novo modelo de alocação orçamentária relacionado ao Programa Previne Brasil (Portaria 2.979/2020). No entanto, observou-se importante investimento municipal no processo de reorganização das redes básicas de saúde para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de COVID, interlocução com as equipes de

vigilância no processo de comunicação em saúde, monitoramento e rastreamento, teleatendimento e habilitação dos Centros de Referência para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de COVID.

- O maior volume de recursos extraordinários transferidos aos municípios é federal. Porém, o crédito aos Fundos Municipais de Saúde paulistas ocorreu tardiamente em relação ao pico da pandemia no Estado que se deu em junho e julho. A existência de exigências não regulamentadas pela Lei Federal nº 141/2012 e não exequíveis nos sistemas do Ministério da Saúde correlatos, e a forma de transferência (estratificada por áreas, processo de habilitação moroso e destinação a prestadores não prioritária) prejudicaram a aplicação dos recursos pelos municípios e estados;
- O recurso extraordinário estadual mais significativo transferido aos municípios ocorreu em abril/2020, as demais transferências se consubstanciaram em Emendas Parlamentares (recurso já programado de outras áreas municipais realocados para Saúde) e Recursos para ampliação de leitos e ações de enfrentamento à pandemia (parte destes descontados da gestão municipal no momento da pactuação bipartite dos recursos federais publicados pela Portaria nº3.896/20);
- A execução do Estado dos recursos transferidos federais tem desempenho pior que os do Tesouro, dado o ritmo das transferências federais, recebimentos tardios em comparação ao pico da pandemia na Unidade Federativa de São Paulo e a dificuldade de aplicação dos recursos por parte dos entes subnacionais. A supressão da dotação disponível influenciou o resultado geral do desempenho da execução orçamentária. A destinação do recurso próprio (26%) e das transferências federais (69%) teve como prioridade Organizações Sociais, santas casas e filantrópicos além da aquisição de insumos. Esta destinação relaciona-se à característica da rede estadual (oferta de ações e serviços públicos de saúde majoritariamente contratualizada) e a destinação de quantidades insuficientes de insumos aos Estados e Municípios pelo Ministério da Saúde (equipamentos de proteção individual, testes, material de coleta, entre outros);
- A informação do gasto municipal no enfrentamento à Pandemia ainda não está amplamente consolidada e acessível. A informação da aplicação do Estado pouco acessível e/ou suficiente do ponto de vista da análise do desempenho da execução. Apenas em outubro foi publicada a Portaria MS nº 2.824/2020 que determinou a implementação de quadro gerencial para declaração dos valores especificamente aplicados pelos entes da federação no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no Sistema de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS);
- Assim, ficou bastante evidenciada a falta de coordenação nacional da Pandemia, atuação tímida frente aos obstáculos impostos pelo mercado, a desarticulação da gestão estadual e falta de apoio técnico e financeiro, o que produziu importantes dificuldades para os municípios. As ações federal e estadual, por meio de repasses de recursos, de distribuição de insumos ou de padronização de normas técnicas sempre foram elaboradas com atraso

em relação às necessidades locais. Isso exigiu da gestão municipal ampliação de competências técnicas, articulação regional e política e maiores investimentos com recursos próprios;

RECOMENDAÇÕES

- **Recomenda-se** que a transferência dos recursos extraordinários pelo Ministério da Saúde aos demais entes da federação seja realizada de maneira regular, em bloco, para livre aplicação nas ações de enfrentamento da pandemia e suas consequências sobre as redes de saúde (sem estratificação por área, determinação de prestadores e inúmeras publicações de portaria) de acordo com os Planos de Contingência Municipais e Estaduais – que por sua vez alteraram a Programação Anual de Saúde do exercício, tal como determina a Lei Federal nº 141/2012. Com objetivo de facilitar e agilizar a aplicação do recurso de acordo com as diferentes necessidades de saúde dos territórios;
- **Recomenda-se** que o processo de habilitação de novos serviços e leitos seja menos moroso, mais transparente e em tempo e quantidade adequadas aos gestores, principalmente municipais;
- **Recomenda-se** que a Calamidade Pública seja prorrogada para o exercício de 2021, para que seja possível a criação de novos recursos extraordinários no Orçamento da União no exercício de 2021 para transferência à Estados e Municípios dada a perpetuação da necessidade de ataque ao recrudescimento da epidemia, suas consequências sobre a rede de serviços do sistema único de saúde e investimentos na capacidade instalada e de recursos humanos para o ideal processo de vacinação;
- **Recomenda-se** cautela para desativação de serviços e leitos já criados e habilitados, com a perspectiva de manter a quantidade de leitos de UTI após o recrudescimento da pandemia em cada região do estado; o Estado de SP tem um déficit histórico de oferta de leitos SUS de UTI adulto e conforme estudo com base na PT MS nº 1631/2015, seriam necessários manter aproximadamente 1630 dos leitos de UTI que foram implantados para COVID19, para que o SUS estadual disponha de 5250 leitos de UTI SUS após a pandemia
- **Recomenda-se** a manutenção de uma linha de financiamento estadual para transporte para tratamento fora do domicílio, inaugurado pelos recursos da Resolução SS nº52/2020 – Um vez que os municípios já sobrecarregados na tarefa de custear as ações e serviços públicos do SUS, arcam solitariamente com tais despesas;
- **Recomenda-se** a otimização da execução dos recursos extraordinários da Secretaria Estadual de Saúde, principalmente dos recursos extraordinários de fonte federal – através por exemplo, da aquisição centralizada de

insumos, ampliação das transferências aos municípios e oferta de Atas de Registro de Preço para utilização dos municípios;

- **Recomenda-se** que haja priorização e maiores investimentos federais e estaduais nas áreas de Atenção Básica e Vigilância à Saúde, dado serem áreas afetadas as práticas de prevenção, monitoramento e rastreamento de casos – ações fundamentais para redução das taxas de reprodução da Epidemia;
- **Recomenda-se** a publicação de medidas de correção no âmbito do Programa Previne Brasil (novo modelo de alocação orçamentária da Política Nacional de Atenção Básica publicado pela Portaria nº 2.979/2019) que visem assegurar que não haja prejuízos financeiros projetados para o exercício de 2021 para o conjunto de municípios (em comparação aos recebimentos de 2019 – último ano da anterior metodologia de alocação orçamentária) uma vez que o processo de vacinação se dará em território municipal dada a organização do sistema e as competências da Atenção Básica e Vigilância em Saúde;
- **Recomenda-se** a ágil implementação de quadros gerenciais no SIOPS para declaração dos valores especificamente aplicados pelos entes da federação no enfrentamento da Pandemia de COVID-19, de maneira a contribuir para a transparência e análise dos dados.

São Paulo, 05 de abril de 2021

Equipe do Projeto de Pesquisa:

Arthur Chioro (coordenador)
Elaine Maria Giannotti (bolsista)
Mariana Alves Melo (bolsista)
Lumena Almeida Castro Furtado
Jorge Harada
Luiz Tofani
André Luiz Bigal
Larissa Maria Bragagnolo
Ana Paula Menezes Sóter (bolsista)
Bruno Moretti (bolsista)
Gabriela Rodrigues da Silva (bolsista)
Fernanda Souza Lopes de Camargo (bolsista)
Daniele Vieira Passos (bolsista)
João Vitor Chau Bernardino
Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano