

# FINANCIAMENTO DO SUS E GARANTIA DE DIREITOS

Orientação técnica e produção de dados  
na garantia de direitos no contexto da  
pandemia Covid-19

realização:



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico] : orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19/ Laboratório de Saúde Coletiva ; Arthur Chioro ; Bruno Moretti ...[et al.]. -- São Paulo : UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2021.

3310 Kb ; PDF.

ISBN 978-65-87312-13-3

1. COVID-19 (Doença)- Política governamental - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Direito à saúde - Brasil. 4. Política de saúde - Brasil. I. Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Laboratório de Saúde Coletiva.

CDD 614.50981

Elaborado por Cristiane de Melo Shirayama – CRB 8/7610



# AUTORES:

## **Pesquisadores**

Arthur Chioro (coordenador)

Bruno Moretti (bolsista)

Jorge Harada

Larissa Maria Bragagnolo

Lumena Almeida Castro Furtado

Mariana Alves Melo (bolsista)

## **Alunos de doutorado**

Ana Paula Menezes Sóter (bolsista)

Andre Luiz Bigal

Elaine Maria Giannotti (bolsista)

Luis Tofani

## **Alunos de graduação (EPM)**

Daniele Vieira Passos (bolsista)

Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano

Fernanda Souza Lopes de Camargo (bolsista)

Gabriela Rodrigues da Silva (bolsista)

João Vitor Chau Bernardino

# PRODUÇÃO GRÁFICA:

Aline Ito Maruyama (Designer Gráfico)

Felipe Vieira Pacheco (Designer Educacional)

Agradecemos à UNASUS UNIFESP e sua equipe pelo apoio na produção gráfica deste material.

Pesquisa realizada a partir do Edital MPF/SP e Unifesp para fim de Orientação Técnica e Produção de Dados na Garantia de Direitos no Contexto da Pandemia Covid-19

# SUMÁRIO

- 6** **Apresentação**
- 11** **Capítulo 1** - Um caminho metodológico
- 16** **Capítulo 2** - “Raio-x” do orçamento do Ministério da Saúde para a pandemia
- 30** **Capítulo 3** - Impacto das regras de gasto sobre o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde
- 59** **Capítulo 4** - Alternativas de regras de gasto para 2021 e seus impactos sobre as despesas federais do SUS
- 71** **Capítulo 5** - Cenários prospectivos para o financiamento do SUS
- 86** **Capítulo 6** - 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
- 136** **Capítulo 7** - Vivência estudantil na pesquisa

# APRESENTAÇÃO

Em defesa do SUS e da Universidade Pública, antes que seja tarde

Pedro Fiori Arantes<sup>1</sup>

Escrevo esta breve apresentação em uma semana emblemática em que o Brasil atingiu 400 mil óbitos decorrentes do Covid-19 e é classificado como “ameaça sanitária” e pária global. E peço licença para iniciar este texto comentando outro episódio lamentável desta semana, mas que a ver com esta publicação sobre o subfinanciamento e descoordenação no SUS durante a pandemia, investigação realizada por um laboratório de pesquisa altamente qualificado de uma Universidade Pública, com apoio do Ministério Público Federal. No dia 27 de abril, o Ministro da Economia, o Sr. Paulo Guedes, mais uma vez atacou covardemente o SUS e as Universidades Públicas, em fala no Conselho de Saúde Complementar. Na reunião deste Conselho, em que governo dialoga com representantes do mercado privado de saúde, Guedes anunciou a redução de investimentos no SUS, em meio ao novo recorde de mortes desde março – o orçamento de saúde aprovado para 2021 é R\$ 37 bilhões inferior ao de 2020. Mas, para o Ministro, o provável colapso do sistema, que resultará em morte para centenas de milhares, será oportunidade para alguns: a sobrecarga do SUS, somada ao teto dos gastos (EC95) e à nova redução do orçamento, é uma oportunidade para nova conquista de terreno dos negócios do ‘mercado da saúde’. Uma das modalidades sugeridas pelo Ministro é a criação de vouchers para transferir a demanda pública (entenda-se, o orçamento público) para o setor privado: “você é pobre, tá doente, tá aqui seu voucher, vai no [Hospital Israelita Albert] Einstein se você quiser”.<sup>2</sup> Além de vender a ilusão de acesso ao hospital símbolo das elites brasileiras, que jamais comportaria a demanda massiva do SUS, o Ministro se contradiz mais uma vez. Ao afirmar que “não há capacidade instalada do setor público” para atender a demanda porque “o Estado quebrou”, se quebrou, como poderá pagar vouchers para hospitais privados cujos custos de operação são sabidamente superiores aos do SUS?

O segundo alvo do Ministro na mesma reunião foram as Universidades Públicas. Antes de reproduzir as atrocidades, lembremos que durante a pandemia, elas foram e têm sido um esteio fundamental do sistema e da defesa da vida no Brasil: com os Hospitais Universitários estruturando o atendimento de alta complexidade e os protocolos de referência; com o desenvolvimento de milhares de pesquisas relacionadas à Covid-19 e seus impactos (só na Unifesp foram 357 pesquisas em 2020, inclusive esta que aqui apresentamos); com a capacitação e prevenção em cursos de extensão para profissionais e cidadãos comuns (na Unifesp, 443 programas e projetos em 2020); fomentando a geração de conhecimento e de informações confiáveis que foram divulgadas pela mídia e revistas científicas; além da produção de insumos, equipamentos, testes clínicos e produção de vacinas (a Unifesp coordenou a pesquisa clínica da vacina Oxford-AstraZeneca no Brasil, produzida pela Fiocruz, outra instituição federal pública – além da iniciativa da Coronavac pela USP, constantemente atacada pelo Governo Federal).

1. Professor da Unifesp, Pró-Reitor de Planejamento (2017-2021) e coordenador do Acordo de Cooperação da Unifesp com o Ministério Público Federal MPF/SP.

2. “Guedes diz que Estado ‘quebrou’ e que vai ser ‘impossível’ atender demanda crescente na saúde em G1”. <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/27/guedes-diz-que-estado-quebrou-e-que-vai-ser-impossivel-atender-demanda-crescente-na-saude.ghtml>

Mas, o que disse o Ministro sobre as Universidades Públicas, na mesma reunião de 27 de abril? Diante do colapso induzido do orçamento federal, ele afirma que “o setor público não tem capacidade de acompanhar o ritmo” da abertura de vagas do setor privado de ensino superior – este sim vigoroso e necessário. Mas, pior do que comemorar o sub-financiamento público (lembramos que Guedes investe em ensino privado e sua irmã lidera a Associação Nacional de Universidades Privadas), o Ministro avançou na guerra ideológica e descreveu nossas universidades como um lugar para “ensinar Paulo Freire”, “sexo para crianças de cinco anos” e consumir drogas livremente.<sup>3</sup> Lembremos que o Ministro Weintraub está sendo processado pelo Ministério Público Federal por declarações falsas e ofensivas que não chegaram ao ponto dessa abjeta acusação de pedofilia.<sup>4</sup> Esperemos que o mesmo ocorra com o senhor Guedes, com agravamento da pena.

A pesquisa liderada pelo Laboratório de Saúde Coletiva-LASCOL da Escola Paulista de Medicina EPM-Unifesp, em caráter de orientação científica para instruir ações do Ministério Público Federal, colabora para mostrar novamente a verdade, desmascarar a fantasia perversa e as torpes acusações do Ministro, trazendo dados e análises para colocar em questão o necro-neoliberalismo do Governo Bolsonaro. É por isso, e não por delirantes ilações, que a Universidade Pública brasileira é constantemente atacada por este Governo: ela insiste com sua missão de fazer ciência, dizer a verdade e informar o cidadão. A pesquisa do LASCOL apresenta o SUS e a Universidade Pública no lugar certo e onde sempre estiveram: em defesa da vida e da dignidade humana, lutando neste momento contra o genocídio em curso. Vidas importam!

A pesquisa é fruto do Acordo de Cooperação da Unifesp com o MPF/SP e de um edital para seleção de equipes com objetivo de monitorar situações críticas e violações de direitos coletivos e difusos ocasionados pela pandemia e pela possível omissão ou atuação falha do Governo Federal. Foram selecionados 3 grupos, com 3 temas diferenciados. Coube à valorosa equipe do LASCOL fazer uma radiografia dos problemas de (sub)financiamento e (des)coordenação do SUS durante a pandemia. O resultado aponta uma série de dificuldades enfrentadas, algumas conhecidas e outras não, mas quase todas ainda não publicizadas com a riqueza de informações e análises da equipe da Unifesp. O material é robusto suficiente para a tomada de medidas e instrução de procedimentos pelos procuradores do MPF, como para ampla divulgação na mídia e para a opinião pública, bem como para o STF e o Congresso, que atua agora no Senado com a CPI da Pandemia, avaliando as responsabilidades pelo estado crítico em que chegamos.

Resumo brevemente algumas das conclusões mais notáveis da pesquisa, realizada no calor da hora e enfrentando todas as dificuldades para ter acesso a informações públicas e confiáveis. O primeiro grande problema discutido, com dados orçamentários analisados em tempo real, é o baixo desempenho do Governo Federal na alocação dos recursos e na sua execução para o enfrentamento à pandemia de forma tempestiva e à altura da demanda. O Congresso cumpriu sua parte e flexibilizou o teto dos gastos diante do estado de calamidade pública. Mas, além do atraso para alocação e liberação de recursos adicionais para estados e municípios (mesmo com orçamento disponível para

3. “Guedes: ‘Na universidade pública, há maconha e sexo para crianças’” <https://noticias.uol.com.br/colunas/reinaldo-azevedo/2021/04/28/guedes-baba-3-na-universidade-publica-ha-maconha-e-sexo-para-criancas.htm?cmpid=copiaecola>

4. “MPF processa Abraham Weintraub por improbidade administrativa”. <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-processa-abraham-weintraub-por-improbidade-administrativa>

.....

tanto), o Governo Bolsonaro encerrou 2020 com R\$ 6 bilhões destinados ao combate sem empenho, devolvidos ao Tesouro. O relatório também apresenta a falta de planejamento e coordenação generalizada, em vários níveis e setores.

Outro ponto relevante na discussão orçamentária é como o Novo Regime Fiscal e o Teto dos Gastos, instituídos pela Emenda Constitucional 95/2016, impuseram uma perda de orçamento da Saúde, de R\$ 22,5 bilhões em 3 anos, chegando o SUS fragilizado para agir com mobilização máxima. A pandemia demonstrou que a EC95, imposta depois da deposição de Dilma, não é apenas uma medida de austeridade, mas de ruptura do pacto biopolítico da Constituição de 1988 (que criou o SUS e garantiu o direito à saúde em seus Artigos 6º, 196, 197 e 198), um Teto leonino dos gastos que abriu as portas para nosso ingresso no monstruoso mundo da necropolítica e do genocídio. Ou seja, nossos números assombrosos de mortes pela pandemia têm múltiplas causas e não deve ser menosprezadas as responsabilidades do Governo Temer e do Congresso na formulação e aprovação da EC 95. O Teto dos Gastos tornou-se o Santo Graal do mercado no Brasil justamente por proporcionar, numa política de choque, o desmanche e transferência dos serviços públicos para o setor privado – e quer o Sr. Guedes aprofundar esse regime com mais três propostas de emendas constitucionais (emergenciais) tramitando no Congresso. Basta!

O estudo do LASCOL apresenta um argumento relevante para combater o aprofundamento do desmanche do Estado Brasileiro: o ano de 2020 demonstrou que o Novo Regime Fiscal pode e deve ser flexibilizado e mesmo derrubado, tanto para a recuperação da economia quanto para salvar vidas. Os créditos suplementares liberados pelo Congresso demonstraram que o país não “quebra” como ameaça o Ministro, ainda mais numa conjuntura de juros baixos e reservas altas. Em quase todo o mundo as ações contra-cíclicas para reverter crises econômicas e garantir capacidade de investimento e atenção social têm sido realizadas. Veja-se agora os pacotes trilhonários (em dólares) anunciados por John Biden (direcionados à saúde e educação, além de infraestrutura). E mesmo fora de conjunturas de crise, os regimes fiscais melhor concebidos são mais flexíveis e ajustáveis, não congelam despesas, mantendo a capacidade do Estado de estimular a economia e garantir direitos.

O Brasil está na contramão desde 2016, com regras rígidas e de forte impacto social, e entramos em 2021 novamente com a espada sobre nós, com um orçamento de austeridade em plena pandemia: o orçamento da saúde cairá vertiginosamente (R\$ 37 bilhões a menos) no momento de recordes de mortes, novas variantes mais agressivas e vacinas que não chegam em número suficiente. No mesmo necro-orçamento, as Universidades Públicas Federais perderam 18% de seus recursos para funcionamento – o que, somado a perdas acumuladas de 27% nos últimos anos, representa quase metade do que dispúnhamos em 2015, em valores corrigidos. Ou seja, avançamos para o colapso no momento em que a sociedade brasileira mais precisa das universidades, da pesquisa pública e de seus hospitais.

Dentre as estratégias propostas de refinanciamento do SUS, além da revogação da EC 95 e da repactuação do regime fiscal garantindo direitos fundamentais e o pacto biopolítico da Constituição de 1988, o relatório propõe na reforma tributária com mudanças na progressividade do IRPF, na taxaço de lucros e dividendos, nos impostos sobre grandes

fortunas e bens de luxo, na reavaliação e redução das isenções fiscais e benefícios tributários, e apresenta uma fonte adicional e de caráter pedagógico: a tributação de produtos nocivos à saúde e que resultam, ao final, em pressão adicional no SUS.

O LASCOL também aponta a gravidade da nossa crescente dependência de insumos e equipamentos importados. Isso demonstra que, além da necessidade de ampliação do investimento na rede assistencial pública, nas ações de vigilância e gestão do SUS, é preciso ter um planejamento para retomar a capacidade nacional em desenvolver pesquisa, ciência e tecnologia com soberania. O ataque continuado ao SUS e às Universidades nos conduziu à condição de país dependente para poder garantir a vida da nossa população. A reitora da Unifesp, Profa. Soraya Smaili, tem defendido a quebra de patentes das farmacêuticas para a produção em massa de vacinas.<sup>5</sup> A demanda é correta e necessária, mas se o Brasil estivesse preparado para desenvolver suas próprias vacinas – o que está fazendo tardiamente e sem o apoio necessário – nem precisaríamos chegar a essa reivindicação desesperada. Precisamos retomar a nossa soberania na implementação de políticas voltadas à garantia da vida de nossos cidadãos. A recente aprovação do não contingenciamento do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FNDCT, uma longa luta de universidades, cientistas e suas organizações, pode nos dar alguma luz no horizonte. Lembremos que essa aprovação no Congresso implicou na derrubada de um veto de Bolsonaro, cruzadista anti-ciência.

Por fim, o relatório aborda a situação no Estado de São Paulo, tanto a efetividade das políticas e ações estaduais quanto municipais. O quadro estadual tem suas especificidades e evidencia maior capacidade de ação do que o federal. Observou-se claramente a ampliação de oferta de leitos, em especial de UTI, graças as ações do gestor estadual (aumento de 21% dos leitos de Clínica Médica e 147% dos leitos de UTI) e sobretudo dos governos municipais (com um aumento de 67% e 70% respectivamente). Entretanto, monitorar a abertura de leitos de UTI pela média estadual sem considerar a grande diferença entre regiões, invisibilizou a ausência ainda em muitos municípios. Por outro lado, o aumento efetivo de leitos e a pressão pela manutenção da atividade econômica induziu a uma flexibilização prematura de medidas de distanciamento social, o que resultou na manutenção de um platô alto e no segundo pico vertiginosos entre março e abril de 2021.

O Plano São Paulo também não contemplou o apoio estadual aos municípios para ampliação e qualificação da atenção básica e da vigilância em saúde, fundamentais na prevenção da disseminação da pandemia no Estado e no cuidado em tempo oportuno – levando ao agravamento do estado clínico dos que acessavam os hospitais. Os municípios ficaram sozinhos no desenvolvimento de estratégias que apontassem nessa direção.

Estado e Municípios, em São Paulo e em todo o Brasil, sofreram com o atraso da transferência dos recursos federais para seus fundos de saúde, reduzindo a capacidade e a velocidade de ação. Pelo perfil da nossa rede estadual, quase toda terceirizada para Organizações Sociais, estas receberam mais recurso estadual que os gestores públicos, criando distorções internas ao sistema que precisam ser revistas em contexto de calamidade e emergência pública.

---

5. "A urgente flexibilização de patentes" <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2021/04/a-urgente-flexibilizacao-de-patentes.shtml>

Esta publicação produzida pelo LASCOL-Unifesp merece leitura cuidadosa, e além de apontar os problemas encontrados, apresenta diversas recomendações valiosas para encontrarmos o rumo correto em defesa do SUS e da vida dos brasileiros. Ele é fruto de uma cooperação entre Universidade Pública e Ministério Público para a garantia de direitos. Esperamos que sua divulgação colabore para as ações de procuradores, congressistas, juízes, mídia e sociedade organizada para reverter o quadro apresentado. Ou salvamos o SUS, as Universidades e a Ciência no Brasil ou passaremos por um longo período de trevas. Novas primaveras virão, mas neste caso, precisamos agir, elas não serão trazidas apenas pelo ciclo natural da vida.



# CAPÍTULO 1

---

Um caminho metodológico



# CAMINHO METODOLÓGICO

Essa pesquisa, como explicitado na Introdução, é fruto do Edital MPF/SP e Unifesp para fim de Orientação Técnica e Produção de Dados que contribuam para a Garantia de Direitos no Contexto da Pandemia Covid-19.

A questão problema apresentada à pesquisa é uma expressão do grave quadro sanitário, econômico e social vivido em todo o mundo, com impactos importantes nas políticas públicas de saúde e no cotidiano de vida dos brasileiros.

Até o final da pesquisa em 19 de abril já tínhamos confirmados 13.973.695 casos e 374.682 óbitos, números que escancaram, pela sua magnitude, a enorme tragédia vivida pelos brasileiros.

O Brasil atingiu assim, de forma acelerada e preocupante, uma situação sanitária extremamente grave, em virtude da conjugação de três dimensões críticas: a) os graves erros no enfrentamento sanitário da pandemia e a baixa execução pelo MS do recurso previsto para este fim em um cenário de desfinanciamento do SUS, objeto de análise como questão-problema central na presente proposta; b) a inefetividade parcial ou total dos programas de suporte financeiro às populações vulneráveis, empresas e entes subnacionais (municípios e estados); c) a crise política, derivada da postura negacionista e de sabotagem explícita do governo federal e, em particular, do presidente da república, às iniciativas de combate à pandemia.

A resposta sanitária brasileira tem sido marcada por insuficiências e descoordenação. O governo federal eximiu-se de suas responsabilidades na coordenação nacional do enfrentamento da pandemia de Covid-19. Analisar os diferentes processos de financiamento ajudou a visibilizar responsabilidades e consequências das estratégias e ações desenvolvidas até esse momento e seus impactos no funcionamento do sistema de saúde.

Quando o país foi assolado pela pandemia de Covid-19, o SUS foi chamado a produzir respostas imediatas e proteger a vida dos brasileiros, ainda que se encontrasse em um momento crítico. Graças à sua existência, milhares de vidas foram (e continuam a ser) salvas.

Desde meados da década de 80, observa-se progressivamente a fragilização dos sistemas universais de saúde, baseados na política de bem-estar social e a introdução de dispositivos gerenciais de mercado baseados no que se denominou Nova Gestão Pública. Marcado por um discurso de racionalização de gastos, desenvolveu-se um conjunto de estratégias voltadas à diminuição dos gastos em saúde, ao mesmo tempo em que fenômenos fundamentais de transformação da vida operavam em velocidade estonteante, como o processo de envelhecimento, fruto inclusive dos benefícios diretamente produzidos pela garantia do acesso à saúde, de novas tecnologias e, no nosso caso, do advento do SUS.

O caso do Brasil é exemplar. Nossa Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como direito de todos. Com base nisso se construiu às duras penas e disputando com as políticas neoliberais, o Sistema Único de Saúde (SUS). Por quase 30 anos nosso sistema de saúde foi subfinanciado, passando agora para um quadro de desfinanciamento da política de saúde. Este estudo ajuda a aprofundar o olhar sobre o processo de financiamento, seus desafios e perspectivas.



# CAMINHO METODOLÓGICO

Este projeto parte da premissa de que as atividades de ensino, pesquisa e extensão são indissociáveis e compõem um processo dinâmico de ensino-aprendizagem que envolve todos os atores da pesquisa. Reforça a importância do papel da universidade ao conectar a produção do conhecimento aos desafios e necessidades da população.

A investigação teve como objetivo principal avaliar o uso do Orçamento Federal no enfrentamento da pandemia, considerando o repasse a estados e municípios e a execução das ações de responsabilidade direta da União na área da Saúde, incluindo a garantia de insumos e medicamentos. A análise empreendida pelo estudo, trabalhou com os dados referentes ao financiamento federal geral e o caso específico do Estado de São Paulo. Foi considerado o atual estágio de desfinanciamento do SUS a partir da aprovação da EC-95 e o reflexo deste na ampliação e qualificação do sistema de saúde neste momento e no pós pandemia.

Com base nas investigações já desenvolvidos pela linha de pesquisa “Gestão do Cuidado e do Trabalho e(m) Saúde”, do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Saúde Coletiva-Lascol: Política, Planejamento e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Unifesp), foi realizado um estudo qualitativo.

Para o desenvolvimento e condução da investigação, foi constituído um núcleo específico formado pelos pesquisadores do Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol) e do Observatório de Políticas Públicas, com a participação de bolsistas de diferentes categorias (doutores, mestres e alunos de graduação em Iniciação Científica), que em conjunto com o coordenador geral e os pesquisadores sêniores desenvolveram os produtos que serão apresentados nos capítulos de três a sete.

Uma equipe, portanto, formada por professores, pesquisadores, alunos e extensionistas, com três doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da EPM/Unifesp e uma doutoranda do Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Participaram também três alunas de graduação, bolsistas na categoria iniciação científica (IC), que durante o processo de investigação puderam se aproximar do objeto de estudo e da construção e monitoramento de um projeto técnico-científico.

Foi central a participação de quatro profissionais-bolsistas que atuam diretamente em setores da sociedade, como as assessorias técnicas do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo-Cosems/SP e do Senado Federal, que lidam diretamente com o objeto de estudo.

Para abrir o campo foi realizado um seminário virtual, com a participação de representantes do MPF e todos os pesquisadores e bolsistas, que ajudou a produzir uma maior aproximação ao objeto da investigação, delimitar e pactuar os objetivos da pesquisa. Como estratégia de desenvolvimento e acompanhamento da pesquisa, foram realizados seminários quinzenais, por videoconferência, envolvendo todos os pesquisadores.

.....

A investigação foi desenvolvida por meio de consulta a sistemas orçamentários oficiais e ao aparato legal que regulamenta o Sistema Único de Saúde e produzido especificamente para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, composto por portarias do Ministério de Saúde, deliberações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite do estado de São Paulo (CIB-SP) sobre a pactuação de recursos, disponíveis no Diário Oficial da União e Diário Oficial Estadual de SP.

Foram também utilizadas como fontes para investigação dados disponíveis no Fundo Nacional de Saúde, Portal Financeiro do Gestor da Secretaria Estadual de Saúde, Portal Financeiro do Senado (Siga Brasil), Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária – SIGEO do Governo do Estado de São Paulo, Portal de Transparência Municipal – Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e Portal da Transparência do Tribunal de Contas do Município de São Paulo.

Apresentamos a seguir a metodologia de coleta e análise de dados desenvolvida para cada um dos cinco Produtos:

**Produto 1: Raio-x” do orçamento do Ministério da Saúde para a pandemia,** aqui apresentado no Capítulo 2. A análise foi desenvolvida por meio de consulta a sistemas orçamentários oficiais, e empreendida a partir do estudo de dotações autorizadas e execução orçamentária e financeira; evolução temporal da execução à luz da evolução da curva de óbitos e casos associados à Covid-19; análise da execução orçamentária e financeira da pandemia, considerando execução direta do Ministério da Saúde, transferências aos entes e demais modalidades de aplicação. Os dados foram analisados até 19 de novembro de 2020.

**Produto 2: Impacto das regras de gasto sobre o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde,** apresentado no Capítulo 3. Foram enfatizados o efeito da EC 95 e congelamento do piso de aplicação de saúde sobre o orçamento do setor (comparação entre regras de gasto); os impactos da suspensão das regras fiscais sobre o orçamento do SUS na pandemia; os efeitos das medidas legislativas relacionadas à pandemia sobre o orçamento do SUS; os efeitos da eventual retomada das regras de gasto sobre o SUS em 2021; e por fim, a comparação internacional, considerando regras de gasto adotadas por outros países.

**Produto 3: Avaliar cenários com alternativas de regras de gasto para 2021, medindo seus impactos sobre as despesas federais do SUS,** apresentado no Capítulo 4. Destina-se à análise do cenário que prevê a manutenção das regras de gasto (regra de ouro, teto de gasto e resultado primário) e apresentar dois cenários alternativos: a) adoção de piso equivalente aos valores empenhados em 2020; b) adoção de piso equivalente aos valores empenhados em 2020 + IPCA 2020.

**Produto 4: Cenários prospectivos para o financiamento do SUS**, apresentado no Capítulo 5. Dedicar-se, em primeira lugar, a analisar cenários prospectivos para o financiamento do SUS, considerando diversas opções de regras de aplicação mínima em saúde, com valores estimados entre 2021 e 2036 (previsão de vigência do Novo Regime Fiscal, conforme a EC 95), Tem, ainda, o objetivo de analisar fontes de receita para ampliação de gasto de saúde

**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**, apresentado no Capítulo 6. Contém, em sua primeira parte, a análise da oferta assistencial para a Covid-19 no Estado de São Paulo, e os reflexos na ampliação da oferta em ações e serviços públicos de saúde no estado de São Paulo, a partir da realização de transferências federais e estaduais aos municípios. A segunda parte destina-se à 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 participação no grupo de pesquisa de técnicos ligados COSEMS-SP foi de grande importância para este produto, aportando e facilitando o acesso a informações estratégicas.

Serão apresentadas no final de cada capítulo, para cada um dos produtos acima descritos, diretrizes e propostas para o efetivo financiamento do SUS que contribua para a garantia de um sistema público universal e integral.

**No capítulo 7, Vivência estudantil na pesquisa**, foi possível registrar a importante e rica participação dos estudantes de graduação em Medicina da Unifesp como pesquisadores. O capítulo foi escrito pelo grupo de estudantes e reporta, pela ótica desse coletivo, a vivência na pesquisa.

No final da pesquisa foi realizada uma reunião com representantes do MPF e da direção da Unifesp para apresentação e discussão dos resultados da pesquisa e das propostas aqui apresentadas.

Buscando comunicar de modo acessível os resultados gerados ao longo do processo, foram publicizados na página do Laboratório de Saúde Coletiva - Lascol e no site do Observatório de Políticas Públicas em Saúde os produtos desenvolvidos pela pesquisa. Foram também desenvolvidos vídeos e podcast visando atingir diferentes públicos, com linguagens variadas, criando múltiplas possibilidades de acesso aos dados e as informações geradas durante o desenvolvimento da investigação. O material produzido pelos pesquisadores também será destinado à produção de artigos científicos, simpósios e material didático para uso em cursos de graduação e pós-graduação.

Neste e-book podem ser encontrados links para os vários materiais produzidos na pesquisa, assim como para artigos e outras produções que apoiam a compreensão dos temas trabalhados.

A publicização desta pesquisa, construída em ato, é também um processo de resistência e defesa do SUS e de políticas públicas comprometidas com a defesa da vida.

# CAPÍTULO 2

---

“Raio-x” do orçamento  
do Ministério da Saúde  
para a pandemia

# O ORÇAMENTO EXTRAORDINÁRIO PARA ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Em 20 de março de 2020, o Congresso Nacional reconheceu o estado de calamidade pública decorrente da pandemia, por meio do Decreto Legislativo nº 6, em função do qual o Poder Executivo federal ficou dispensado de cumprir a meta de resultado primário da Lei de Responsabilidade Fiscal (receita menos despesa, excluída a conta de juros). Diante do impacto da crise sobre a arrecadação da União, o ajuste pelo lado da despesa para cumprir a meta de resultado primário implicaria contingenciamento de recursos, impedindo até a utilização dos valores previstos no orçamento.

Ademais, o Congresso promulgou a Emenda Constitucional nº 106, de 2020, que criou orçamento extraordinário com despesas não permanentes para enfrentamento da pandemia e suas **consequências econômicas e sociais até que esteja vigente o estado de calamidade. A EC 106 tornou temporariamente sem efeito regras da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Lei de Diretrizes Orçamentárias e suspendeu a regra de ouro (pela qual as operações de créditos não podem superar as despesas de capital).**

A Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, teve como objetivo garantir um volume mínimo de recursos públicos para o financiamento das ações e dos serviços de saúde, assegurando efetivamente a co-participação dos entes federados neste processo.

Com o estado de calamidade, foram editados créditos extraordinários com ampliação de despesas não contabilizadas no teto de gasto previsto na **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. A maior parte das despesas foi financiada por endividamento, viabilizado pela já citada suspensão da regra de ouro (que afeta a saúde, tendo em vista que a maior parte de suas despesas é corrente).

TABELA 1 - ORÇAMENTO EXTRAORDINÁRIO DA PANDEMIA (R\$)

Ação	LOA	Pago
Auxílio Emergencial	321.840.886.209	261.334.484.034
Auxílio Financeiro aos entes	60.189.488.452	60.148.914.730
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51.641.629.500	29.589.701.539
Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	49.885.590.370	39.305.958.259
Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	34.000.000.000	6.806.766.252
Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	27.900.000.000	27.900.000.000
Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos - FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000	20.000.000.000
Outras	39.909.810.330	26.408.179.793
TOTAL	605.367.404.861	471.494.004.608

Fonte: Siop. Consulta em 19 nov 2020.

Brevemente, importa fazer uma consideração de ordem econômica e fiscal. **Os limites às despesas públicas no Brasil se relacionam com restrições artificiais, autoimpostas pelas regras de gastos, e não com a falta de recursos.**

Em particular, para um governo que se endivida na moeda que emite, por definição não há risco de inadimplência ou *default*, já que, em última instância, o Banco Central pode emitir base monetária e financiar o Tesouro.

Com a suspensão das regras fiscais durante a pandemia e a não contabilização de créditos extraordinários no teto de gasto, foi possível ampliar as despesas em mais de R\$ 600 bilhões para enfrentamento da pandemia e seus efeitos. Vale comentar que quase R\$ 322 bilhões do orçamento extraordinário (mais de 50%) são referentes ao auxílio emergencial. Pouco mais de R\$ 60 bilhões foram transferidos para os entes em razão das perdas de arrecadação com a crise. R\$ 51,6 bilhões são destinados ao benefício emergencial de manutenção de empregos formais.

Os recursos da saúde estão inscritos na ação de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do **Coronavírus, que tem dotação de R\$ 49,9 bilhões. Considerando apenas as despesas de saúde, são R\$ 43,7 bilhões. Deste total, R\$ 38,3 bilhões são recursos novos e cerca de R\$ 5,5 bilhões são produto de remanejamento interno ao Ministério da Saúde.**

A partir daqui, será avaliada a execução dos recursos extraordinários da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde.

# ANÁLISE DA EXECUÇÃO DOS RECURSOS VOLTADOS AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA<sup>1</sup>

O primeiro ponto que se deseja assinalar é a demora do governo federal em alocar recursos extraordinários no Ministério da Saúde. O primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 26 de fevereiro. No entanto, apenas no início de abril (mais de um mês depois do primeiro caso) o MS teve ampliação de recursos para enfrentamento da Covid.

Antes disso, foram aplicados quase R\$ 5 bilhões para enfrentamento à pandemia, com base em remanejamento interno ao Ministério da Saúde, por meio da Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020.

Uma maneira de avaliar a utilização dos recursos é por meio do percentual da execução em relação aos valores autorizados.

Os dados oficiais, atualizados até 19-11, mostram que, do total de recursos (R\$ 43,7 bilhões), foram empenhados R\$ 37,8 bilhões (86% do valor autorizado) e pagos R\$ 35,1 bilhões (80% do valor autorizado). Passados cerca de nove meses do primeiro caso confirmado da Covid-19 no Brasil, ainda há R\$ 8,65 bilhões a pagar do orçamento extraordinário da pandemia, relacionados a diversos itens, como transferências a entes e aquisições diretas de produtos de saúde para distribuição à rede.

A tabela 2 traz os valores distribuídos por plano orçamentário, revelando que Medidas Provisórias editadas há meses com créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia, em favor do Ministério da Saúde, ainda não têm execução integral. A inexecução dos recursos pode se relacionar a uma série de questões, como a falta de planejamento e de um plano de contingência, dificuldades na aquisição centralizada de insumos e até problemas de ordem política, relacionados à negação da gravidade do quadro sanitário por parte de autoridades federais<sup>2</sup>.

1. Todos os dados de execução orçamentária e financeira da União são extraídos de consulta ao Siop e ao SigaBrasil em 19-11.

2. Entre o total não pago, há cerca de R\$ 2,4 bilhões relacionados ao desenvolvimento de vacinas da Covid-19 (somando os recursos para acesso ao Covax e os da Fiocruz, no âmbito do acordo com a AstraZeneca).

**TABELA 2 - ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO CORONAVIRUS - MS (R\$)**

Plano Orçamentário	LOA	Empenho	Pagamento
MP01 - COVID-19 - Medida Provisória (MP) nº 924, de 13 de março de 2020	4.838.795.979	4.810.502.546	4.473.365.170
CV20 - COVID-19 - MP nº 940, de 2 de abril de 2020	9.444.373.172	9.402.904.204	8.988.029.052
CV60 - COVID-19 - MP nº 941, de 2 de abril de 2020	2.048.736.866	2.014.203.971	2.005.565.046
CV30 - COVID-19 - MP nº 947, de 8 de abril de 2020	2.600.000.000	2.597.560.271	2.435.290.077
CV70 - COVID-19 - MP nº 967, de 19 de maio de 2020	5.566.379.351	3.658.932.393	2.812.825.954
CV40 - COVID-19 - MP nº 969, de 20 de maio de 2020	10.000.000.000	8.408.215.691	8.318.154.379
CV50 - COVID-19 - MP nº 976, de 4 de junho de 2020	4.469.224.000	4.469.249.360	3.708.626.084
CV90 - COVID-19 - MP nº 994, de 6 de agosto de 2020 - Encomenda Tecnológica para Vacina	1.353.600.005	1.284.023.633	1.284.023.633
CV91 - COVID-19 - MP nº 994, de 6 de agosto de 2020 - Processamento Final e Absorção de Tecnologia de Vacina	641.360.000	92.845.202	5.784.588
CVA0 - COVID-19 - MP nº 1.004, de 24 de setembro de 2020 - Acesso Global de Vacinas (Covax Facility)	2.513.700.000	830.895.257	830.895.257
0000 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus - Despesas Diversas	266.373.607	238.046.657	224.193.567
<b>TOTAL</b>	<b>43.742.542.980</b>	<b>37.807.379.185</b>	<b>35.086.752.806</b>

Fonte: Siop. Consulta em 19 nov 2020

**Convém lembrar que há também quase R\$ 6 bilhões dos recursos para a Covid-19 sem empenho. Caso os recursos não sejam empenhados até o fim do exercício, a maior parte será perdida,** pois a Constituição autoriza reabertura de créditos especiais e extraordinários no exercício seguinte apenas quando eles são editados no último quadrimestre (menor parte dos recursos extraordinários do Ministério da Saúde).

Mesmo com demandas crescentes por serviços de saúde, no contexto da pandemia e de seus efeitos, há risco de perda de recursos extraordinários alocados no Ministério da Saúde, demonstrando que o gestor federal do SUS vem enfrentando problemas significativos durante o estado de calamidade na construção de um plano para enfrentamento da pandemia, expressos numa execução orçamentária e financeira intempestiva.

A tabela 3 mostra os valores autorizados e executados por modalidade de aplicação. Somando as modalidades de transferência a estados, DF e municípios, foram autorizados R\$ 32,3 bilhões, tendo sido empenhados R\$ 29,6 bilhões e pagos R\$ 28,9 bilhões. Isto é, 89% dos recursos do orçamento destinados aos entes subnacionais foram efetivamente transferidos, restando a transferência de R\$ 3,4 bilhões.

As aplicações diretas pelo Ministério da Saúde têm o menor índice de execução dos recursos. Foram autorizados R\$ 9,67 bilhões, tendo sido empenhados 67% (R\$ 6,4 bilhões) e pagos R\$ 49% (R\$ 4,7 bilhões).

**Isto é, mais da metade dos recursos autorizados para aplicação direta pelo Ministério da Saúde ainda não foi paga (R\$ 4,9 bilhões). A baixa execução está diretamente associada às dificuldades de aquisição de equipamentos de proteção individual, testes<sup>3</sup> e ventiladores pulmonares pelo Ministério da Saúde para distribuição à rede<sup>4</sup>. Isto é, há uma relação direta entre baixa disponibilidade de insumos e a inexecução dos recursos para enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde.**

**TABELA 3 - ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE (R\$)**

Modalidade de aplicação	LOA autorizado	Empenho	Pago	Saldo a empenhar	Saldo a pagar
Transferências a entes	32.342.684.249	29.645.287.361	28.938.479.331	2.697.396.888	3.404.204.918
Transferências a Inst. Privadas s/ Fins Lucrativos	61.489.841	61.489.841	48.414.743	-	13.075.098
Transferências ao Exterior	1.584.354.969	1.583.502.688	1.282.366.842	852.281	301.988.127
Aplicações Diretas	9.666.660.590	6.430.245.966	4.742.526.651	3.236.414.625	4.924.133.940
Aplicações Diretas - Operações Intra-Orcamentárias	86.853.330	86.853.328	74.965.238	2	11.888.092
Reserva de Contingência	500.000	-	-	500.000	500.000
<b>Total Geral</b>	<b>43.742.542.980</b>	<b>37.807.379.185</b>	<b>35.086.752.806</b>	<b>5.935.163.795</b>	<b>8.655.790.174</b>

Fonte: Siop. Consulta em 19 nov 2020.

3. Por outro lado, há indícios de milhões de testes parados em depósito e não distribuídos à rede, com risco de perda de validade. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,prazo-de-validade-pode-levar-governo-federal-a-jogar-fora-6-8-milhoes-de-testes,70003523522>.

4. Ver, por exemplo, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/05/apos-tres-meses-ministerio-da-saude-ainda-patina-na-oferta-de-testes-e-itens.shtml?origin=folha> e <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/ministerio-executa-46%25-dos-recursos-para-enfrentamento-da-covid-19>

A tabela 4 mostra os valores pagos na aplicação direta de forma mais detalhada, por elementos de despesa. Dos R\$ 4,7 bilhões pagos, R\$ 1,78 bilhão se refere a outros serviços de terceiros – pessoa jurídica (de modo geral, relacionados aos contratos para acesso a vacinas da Covid-19), R\$ 1,36 bilhão a material de consumo (como testes e EPIs) e R\$ 757 milhões a equipamentos e material permanentes (como ventiladores pulmonares).

TABELA 4 - APLICAÇÃO DIRETA PELO MS DOS RECURSOS DA COVID-19 POR ELEMENTO DE DESPESA (R\$)			
Elemento de despesa	LOA	Empenho	Pago
39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	2.717.407.484	2.565.658.390	1.777.340.888
30 - Material de Consumo	2.211.798.030	1.729.087.094	1.357.878.728
52 - Equipamentos e Material Permanente	1.061.493.143	1.052.399.114	757.230.822
18 - Auxílio Financeiro a Estudantes	438.591.311	438.591.311	374.795.354
48 - Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	415.120.941	415.120.941	309.423.597
51 - Obras e Instalações	96.483.208	96.483.208	69.303.063
34 - Outras Despesas de Pessoal – Terceirização	88.742.697	87.836.945	67.854.792
37 - Locação de Mão-de-obra	34.494.238	33.976.546	24.659.287
33 - Passagens e Despesas com Locomoção	6.077.652	5.905.556	1.926.366
14 - Diárias – Civil	2.574.692	2.574.692	1.920.249
35 - Serviços de Consultoria	1.487.470	1.487.470	-
40 - Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação – PJ	574.163	489.974	65.793
20 - Auxílio Financeiro a Pesquisadores	305.625	305.625	-
93 - Indenizações e Restituições	241.571	241.571	85.332
15 - Diárias – Militar	40.985	40.985	-
36 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	34.527	34.527	30.427
47 - Obrigações Tributárias E Contributivas	12.016	12.016	11.954
00 - [a detalhar]		-	-
<b>TOTAL</b>	<b>9.666.660.590</b>	<b>6.430.245.966</b>	<b>4.742.526.651</b>

Um ponto que se deve assinalar é a baixa destinação de recursos para aquisições centralizadas na União frente ao total de recursos da pandemia no MS. Somando as rubricas de material de consumo e equipamentos e material permanente (que expressam as compras centralizadas), o MS pagou R\$ 2,12 bi, equivalentes a 6% dos valores totais pagos na ação de enfrentamento da pandemia.

Em uma primeira análise, pode-se ler o baixo percentual de valores pagos nas compras centralizadas em relação ao total pago como priorização de transferências aos entes subnacionais.

No entanto, a pandemia ampliou significativamente a demanda mundial por insumos de saúde, o que, junto à desvalorização cambial, teve impacto sobre os preços. Neste contexto, seria fundamental que a União tivesse maior centralidade nas aquisições diretas, diante dos ganhos de escala nas contratações. Num quadro de elevação da demanda e restrição de oferta, a multiplicação de processos de compra sem escala por entes subnacionais levou, por diversas vezes, ao desabastecimento dos produtos de saúde e à insegurança jurídica em relação a preços<sup>5</sup>.

Conclui-se, portanto, que há baixa execução na aplicação direta de recursos pelo Ministério da Saúde (menos da metade dos recursos pagos). Por exemplo, em relação ao material de consumo (como EPIs e testes), apenas 61% dos recursos autorizados estavam efetivamente pagos (R\$ 1,36 bilhão de um total de R\$ 2,2 bilhões autorizados). Além disso, não houve priorização de compras centralizadas pelo Ministério da Saúde, tal como demonstrado pelo baixo percentual de valores pagos nos respectivos elementos de despesas em relação ao total pago na rubrica de enfrentamento da pandemia.

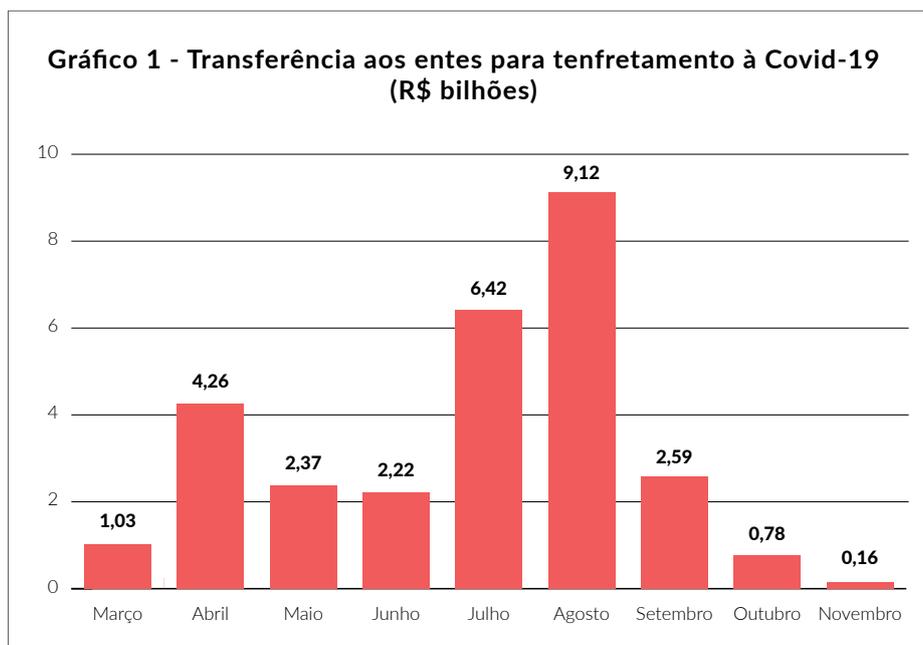
Ainda sobre a aplicação direta de recursos, importa assinalar que **a pandemia reforçou a dependência externa do Brasil em relação a produtos estratégicos de saúde**. Diante da elevada procura mundial, das restrições de oferta (inclusive em razão do lockdown em países produtores de insumos farmacêuticos ativos) e da desvalorização do câmbio, os preços explodiram e houve desabastecimento. É preciso, portanto, associar o direito à saúde à base produtiva e tecnológica do SUS, instituindo e reforçando políticas de absorção de tecnologia para estruturação do Complexo Econômico-Industrial de Saúde.

Em relação às transferências aos entes, já se demonstrou que a execução orçamentária e financeira tem índices mais elevados de execução dos recursos da pandemia em relação à aquisição direta. Por exemplo, **o MS pagou a estados e municípios 89% do total autorizado, que foi de R\$ 32,3 bilhões. Assim, ainda restam R\$ 3,4 bilhões para transferir aos estados e municípios**.

Contudo, uma análise temporal da execução mostra que houve desaceleração da transferência aos entes entre os meses de abril e maio/junho, mesmo diante do avanço do número de casos e óbitos associados à Covid-19.

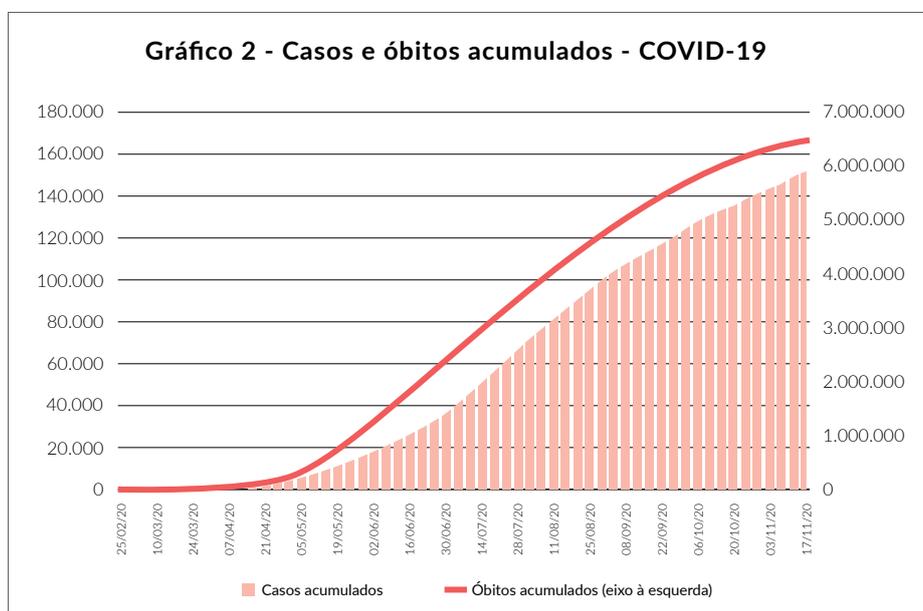
O gráfico 1 mostra redução de quase R\$ 2 bilhões na transferência aos entes entre abril e maio, mantido o baixo patamar de transferência em junho, ainda que houvesse dotação orçamentária disponível para ampliar os repasses.

5. Os entes subnacionais também enfrentaram dificuldades para aquisição de medicamentos de UTI como sedativos e analgésicos. O apoio da União para a aquisição desses insumos (por exemplo, mediante atas de registro de preço federais) só ocorreu mais de um mês após o alerta do desabastecimento pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-recebe-alertas-sobre-a-falta-de-medicamentos-desde-maio,70003374286>.



Fonte: SigaBrasil. Consulta em 19 nov 2020

O gráfico 2 mostra a inflexão das curvas de casos e óbitos associados à Covid-19 nos meses de maio e junho, justamente quando houve a redução expressiva dos recursos transferidos aos entes. Deu-se, portanto, um desalinhamento entre ritmo dos repasses aos entes federados para enfrentamento à pandemia e evolução dos casos e óbitos, embora houvesse orçamento disponível na rubrica de enfrentamento à emergência de saúde.



Fonte: Painel Covid. Consulta em 19 nov 2020.

A situação se torna ainda mais complexa se observado que os entes subnacionais, responsáveis pela execução e gestão dos serviços na “ponta”, não dispõem de meios para financiar o aumento da demanda por recursos de saúde (por exemplo, a demanda por leitos de UTI).

Desde que sejam removidos os limites autoimpostos pelas regras de gasto (conforme ocorreu durante o estado de calamidade), a União é capaz de tomar dívida soberana na moeda que ela emite para financiar ampliação de gastos. Neste sentido, o financiamento federal às despesas extraordinárias da pandemia não requer existência de receitas oriundas de tributos. Tanto é assim que parcela substantiva do orçamento extraordinário da pandemia (de cerca de R\$ 600 bilhões) foi financiada por emissão de dívida, com custos baixos, tendo em vista o patamar historicamente baixo de juros.

Por outro lado, entes subnacionais são dependentes de receitas prévias para a execução de suas ações, já que não emitem dívida soberana e têm baixa capacidade de se endividar. No entanto, diante da crise, houve redução da arrecadação estadual e municipal e das transferências dos fundos de participação. Ou seja, há uma combinação de fatores que, sem a intervenção pública e mudança das regras fiscais, levaria a um quadro de piora sensível da situação de saúde da população, considerando: a) o aumento da demanda por serviços de saúde, de responsabilidade de estados e municípios; b) o efeito da crise sobre as receitas desses entes, de maneira que eles não dispõem de instrumentos para financiar os serviços públicos.

Neste contexto, a decretação do estado de calamidade e a aprovação do orçamento extraordinário da pandemia foram cruciais para que a União ampliasse despesas e transferisse recursos aos entes subnacionais, especialmente na saúde. No entanto, conforme demonstrado, houve demora nos repasses, que só foram ampliados em julho e agosto, mesmo diante da piora do quadro com aumento de casos de Covid-19 nos meses anteriores.

O descasamento entre ampliação dos casos e repasses federais pode, inclusive, ajudar a explicar eventuais saldos nos fundos de saúde de estados e municípios, oriundos de transferências da União. Como os valores foram transferidos com atraso, os entes podem ter utilizado recursos próprios no combate à Covid, mediante remanejamento de outros setores ou áreas.

A análise desta hipótese requer pesquisa mais aprofundada sobre a execução orçamentária de estados e municípios durante a pandemia, conforme será feito no Produto 5 para o estado de São Paulo.

Vale comentar que o Tribunal de Contas da União, no âmbito do Acórdão 2.283/2020-TCU-Plenário, definiu que os repasses fundo a fundo efetuados pelo Ministério da Saúde e relacionados à Covid-19 podem 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.

# CONCLUSÃO

Conforme mostrado ao longo do relatório, os dados revelam diversos problemas com a execução dos recursos federais para enfrentamento da pandemia, apontando-se para restrições no desempenho do Ministério da Saúde como coordenador nacional do SUS em meio à pandemia. Entre os problemas tratados na presente nota, vale citar:

- a) demora do governo federal em alocar recursos extraordinários no Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia, o que só ocorreu no início de abril (mais de um mês após o primeiro caso confirmado da Covid);
- b) risco de perda de parcela dos recursos extraordinários, caso eles não sejam empenhados até o fim do exercício, manifestando ausência de planejamento para utilização dos recursos e de um plano de contingência para enfrentamento da pandemia em âmbito federal;
- c) na execução direta, o Ministério da Saúde apresenta baixo percentual de valores pagos em relação ao autorizado, além de não haver priorizado compras centralizadas de produtos de saúde para distribuição à rede, o que seria fundamental em razão da economia de escala envolvida, do aumento da procura mundial e das restrições de oferta;
- d) nas transferências aos entes, houve atraso nos repasses, com redução expressiva de valores transferidos (mesmo com disponibilidade orçamentária) entre os meses de abril e maio/junho, mesmo diante da inclinação da curva de casos de Covid nos referidos meses. Ademais, ainda há valores não transferidos.

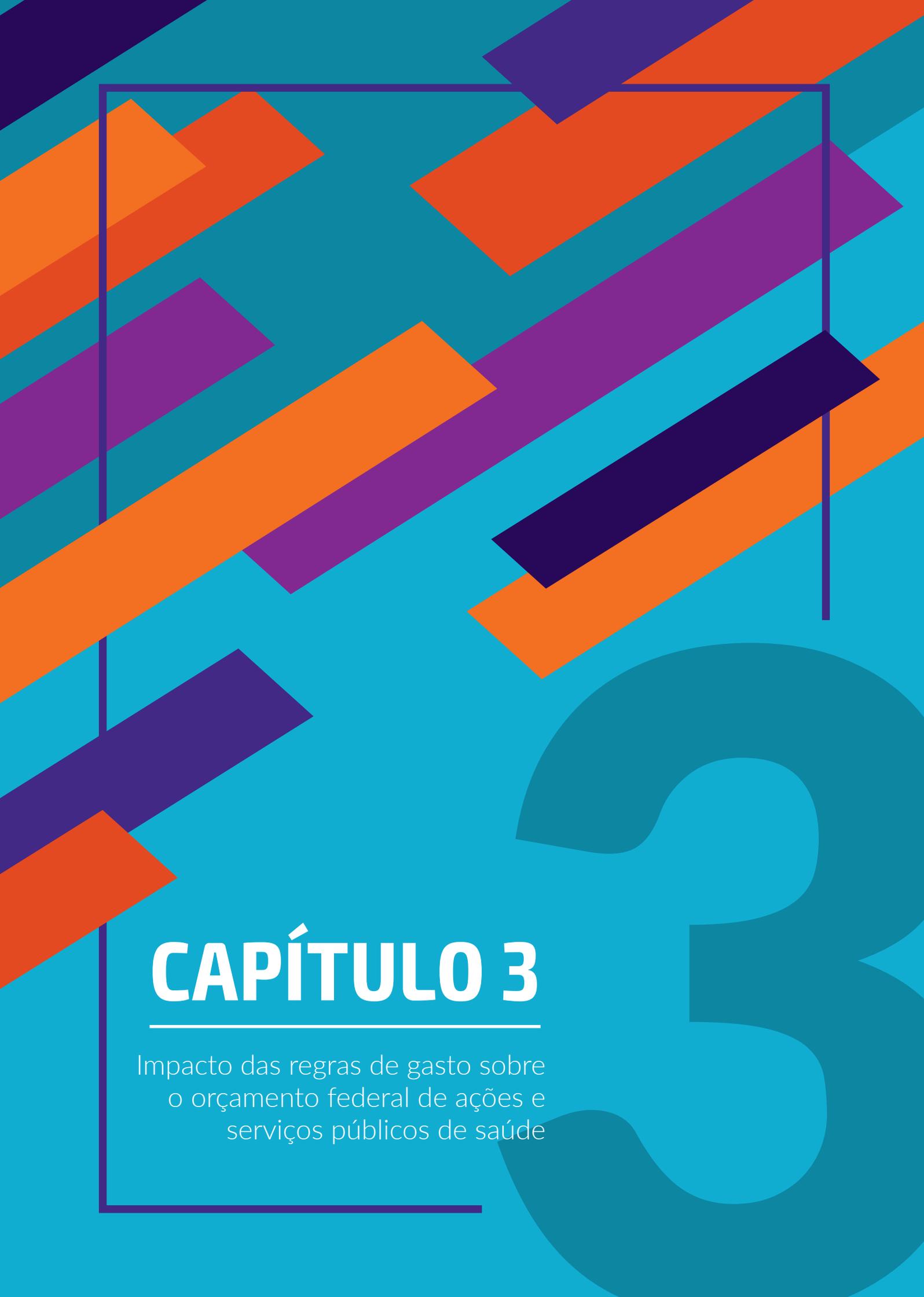
# PROPOSTAS

- 1) Reconhecer o Centro de Operações de Emergência como instância central da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, com a responsabilidade de elaborar plano de contingência e orientar os procedimentos de execução de recursos (considerando a aplicação direta pela União e repasses aos entes).
- 2) Instituir avaliação da execução dos recursos extraordinários da pandemia pelo Ministério da Saúde (aplicações diretas e repasses), com vistas a detalhar sua adequação ao enfrentamento à pandemia, considerando aspectos como tempestividade, critérios de distribuição e suficiência de produtos estratégicos de saúde para distribuição à rede.
- 3) Contribuir com o governo federal para aperfeiçoamento dos mecanismos de compra de insumos em âmbito federal e apoio aos entes para contratações (por exemplo, por meio de atas centralizadas), de modo que os procedimentos para aquisições de produtos estratégicos de saúde sejam efetuados em tempo hábil e de acordo com os protocolos e evidências disponíveis, sobretudo em meio à emergência de saúde pública;
- 4) Estimular e reforçar políticas integradas de absorção de tecnologias e estruturação do Complexo Econômico-Industrial de Saúde, com vistas a reduzir dependência externa de produtos de saúde (reforço das Parcerias para Desenvolvimento Produtivo, uso da compensação tecnológica, financiamento à inovação em saúde, entre outros).
- 5) Exigir plano de contingência em âmbito federal para enfrentamento à emergência de saúde pública, inclusive considerando as evidências de crescimento recente do número de casos de Covid;
- 6) Propor ao Ministério da Saúde, em articulação com os entes, definição e publicização, em linha com o plano citado no item 5, da programação da utilização dos recursos extraordinários da pandemia, considerando:
  - a) execução dos recursos ainda não empenhados pela União;

- b) previsão de liquidação, pagamento e disponibilização dos recursos já empenhados;
- c) pactuação e definição das diretrizes para utilização de eventuais saldos de recursos nas contas dos fundos de saúde, em linha com plano de contingência e aplicação de recursos transferidos. É fundamental definir, em linha 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;
- d) previsão de novos recursos no âmbito da União, inclusive considerando a possível extensão do estado de calamidade, diante da ampliação recente do número de casos de Covid-19.

## LINKS RECOMENDADOS

- **Matéria sobre auditoria do TCU:**  
<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-avalia-a-governanca-do-ministerio-da-saude-no-combate-a-pandemia.htm>
- **Artigo sobre atraso na execução dos recursos:**  
<https://diplomatie.org.br/pouca-saude/>
- **Podcast - Observatório de Políticas Públicas de Saúde:**  
<https://open.spotify.com/episode/2VsQ0kjaaq5texo11y0ewX?si=nU4NvoRdSi6txfTUiW9B5Q>



# CAPÍTULO 3

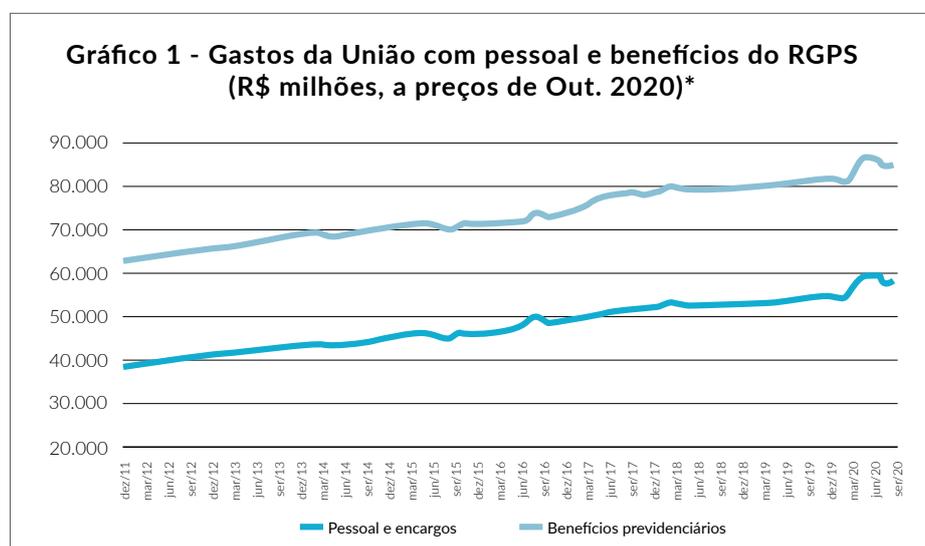
Impacto das regras de gasto sobre  
o orçamento federal de ações e  
serviços públicos de saúde

# O NOVO REGIME FISCAL, INSTITUÍDO PELA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 2016 (EC 95), E SEUS IMPACTOS SOBRE O SUS ATÉ A LEI ORÇAMENTÁRIA DE 2020

Primeiro, é importante entender o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 – EC 95, de 2016. Ele congelou as despesas primárias da União por até vinte anos, limitando-as à inflação do período anterior. Despesas primárias excluem as financeiras, especialmente, a conta de juros e a amortização da dívida. São, em boa medida, as despesas que financiam políticas públicas, como os investimentos e os gastos sociais. O Novo Regime Fiscal previu que a despesa de 2017 seria limitada aos valores executados em 2016, acrescidos de 7,2%. A partir de 2018, a despesa seria dada pelo piso do ano anterior, mais o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA de doze meses até junho do exercício que antecede o orçamento.

Ademais, o piso de saúde também seria congelado em 15% da Receita Corrente Líquida - RCL de 2017, passando a ser atualizado apenas pelo IPCA. O piso de saúde já não seria indexado à RCL de cada exercício. Logo, toda vez que a RCL crescer acima da inflação, os valores mínimos obrigatórios de saúde podem ser reduzidos em relação à regra de piso anterior (Emenda Constitucional nº 86 – EC 86, de 2015).

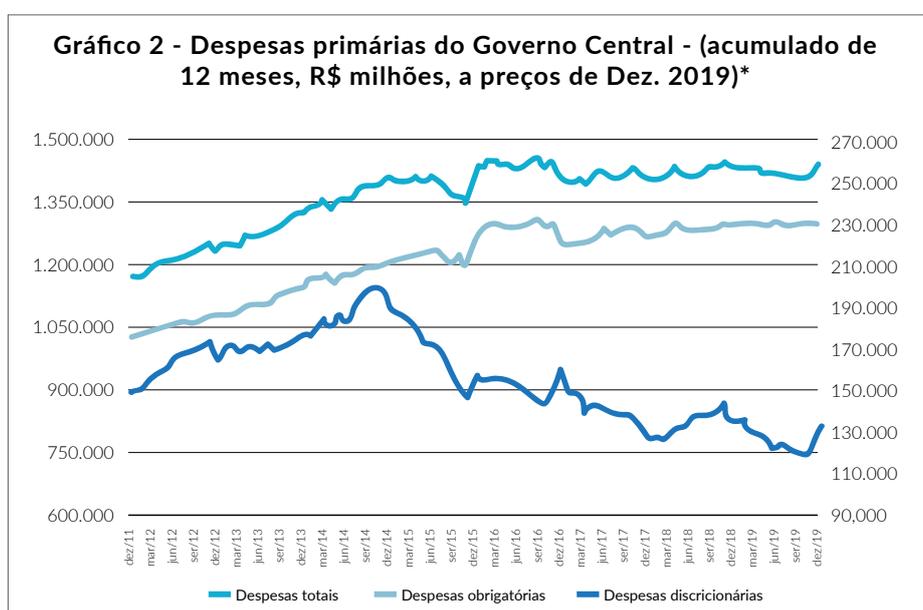
Importa observar como o Novo Regime Fiscal impacta as despesas primárias. O teto se aplica ao conjunto das despesas (com algumas exceções, como créditos extraordinários e transferências constitucionais aos entes subnacionais), de modo que elas não podem crescer acima da inflação. O gráfico a seguir demonstra que há crescimento real de despesas de pessoal e previdenciária (o que se dá, inclusive, de forma vegetativa). Convém lembrar que tais despesas vão se estabilizar (gastos do RGPS após a Reforma da Previdência) ou estão estáveis (pessoal) como proporção do PIB, afastando a tese de crescimento descontrolado de despesas obrigatórias.



Fonte: STN. \*Acumulado de 12 meses. Deflacionado pelo IPCA. Elaboração própria.

Por outro lado, como há crescimento real dos referidos gastos, na prática, o teto determina redução das demais despesas. Isto é, o Novo Regime Fiscal não é apenas um congelamento de despesas, implicando redução real de gastos e induzindo a diminuição de serviços públicos, independente do comportamento da arrecadação. Quando a arrecadação cresce em termos reais, tendo em vista que a despesa não pode variar acima da inflação, amplia-se o resultado primário (receitas primárias menos as despesas primárias), canalizando maior parcela dos recursos que poderiam ser destinados a políticas públicas para o pagamento da dívida pública.

Especialmente, as despesas discricionárias (não obrigatórias) sofreram redução real significativa nos últimos anos, conforme observado no gráfico 2, o que impacta negativamente investimentos públicos e despesas correntes (funcionamento da máquina, fomento à pesquisa, bolsas nas áreas de educação e saúde, entre outras).

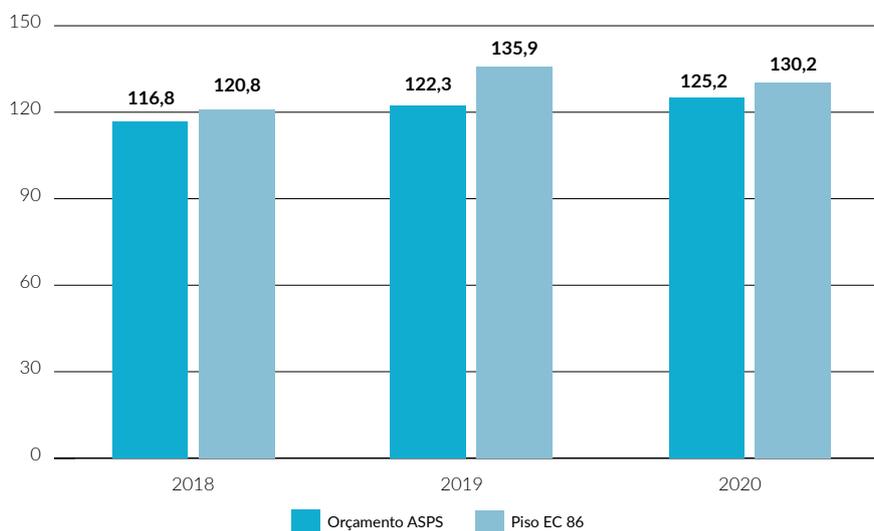


Fonte STN. \*Acumulado de 12 meses. Deflacionado pelo IPCA. Elaboração própria. Despesas totais e obrigatórias (eixo à esquerda). Não considera repasses para Petrobras relativos à cessão onerosa.

Outro instrumento de ajuste ao teto de gasto no curto prazo foi o congelamento do piso de aplicação de saúde a partir de 2018, determinado pela EC 95. Conforme exposto, o dispositivo permite que o mínimo obrigatório de aplicação em saúde seja congelado nos valores de 2017 (15% da RCL), de modo que ganhos reais de arrecadação não revertam em ampliação do financiamento do SUS.

Cotejando-se os valores aplicados em ações e serviços públicos de saúde (entre 2018 e 2020<sup>1</sup>) com o piso anteriormente vigente (15% da RCL<sup>2</sup>), percebe-se que o governo federal deixou de alocar, em termos nominais, R\$ 22,5 bilhões no SUS, conforme apresentado por Moretti et al<sup>3</sup>.

**Gráfico 3 - Orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões)**



\*Para 2018 e 2019, empenho. Para 2020, LOA;  
 \*\*Para 2018 e 2019, RCL observada. Para 2020, relatório da LOA.  
 \*\*\*15% da RCL.  
 Fonte: Siop, STN, Relatório da LOA. Elaboração própria.

Como os valores alocados em saúde deixaram de acompanhar a arrecadação, na prática, a EC 95 viabilizou que uma fração menor da RCL fosse destinada ao setor. Se, em 2017, a União aplicou 15,8% da RCL em saúde, em 2019, o percentual passou a ser de 13,5%. Demonstra-se, assim, que, embora a EC 95 tenha mantido um piso para saúde, ele passou a estar desvinculado do comportamento da receita, fazendo com que a saúde seja um dos principais instrumentos de ajuste ao teto no curto prazo.

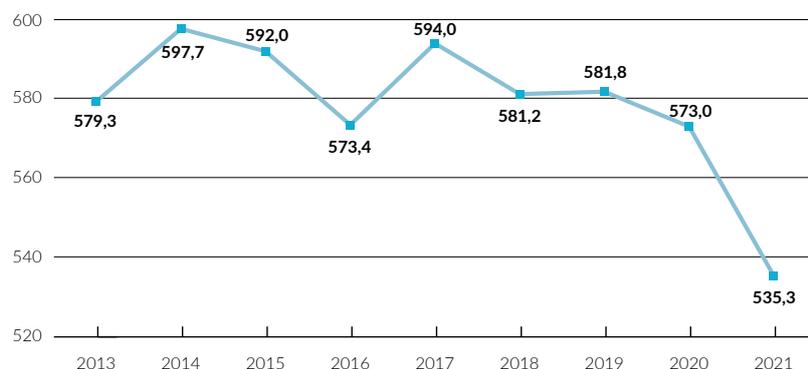
Outra maneira de visualizar os efeitos da EC 95 sobre o SUS é por meio da análise do gasto per capita em termos reais. Entre 2014 e 2020 (neste último caso, valores inicialmente aprovados na LOA), descontada a inflação, o gasto federal per capita de ações e serviços públicos de saúde passou de R\$ 597,7 para R\$ 573. Houve, portanto, uma redução real no orçamento do SUS de 10% no período considerado. A redução será ainda maior em 2021, considerando a proposta orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo, no piso congelado da EC 95. A preços de 2019, o valor de 2021 (R\$ 535) retrocede aos níveis de 2009.

1. Para 2020, considera valores aprovados na LOA. Com a decretação do estado de calamidade e a aprovação da Emenda Constitucional nº 106 – EC 106, de 2020, as regras fiscais foram suspensas, viabilizando aumento da despesa, o que também ocorreria no cenário em que não houvesse o teto de gasto.

2. Conforme liminar do Ministro Ricardo Lewandowski, segundo a qual, na vigência da EC 86, o governo federal seria obrigado a aplicar 15% da RCL a partir de 2018.

3. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>.

**Gráfico 4 - Valores federais per capita aplicados em ações e serviços públicos de saúde (R\$, a preços de 2019)\***

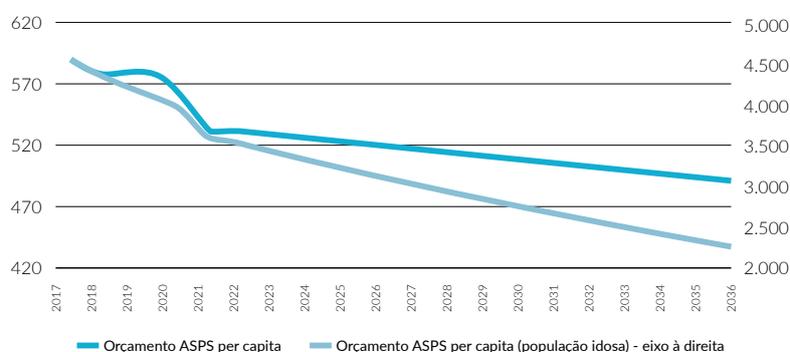


\*Entre 2013 e 2019, empenho. Para 2020, LOA. Para 2021, PLOA. Considera IPCA médio.  
Fonte: Siop (despesas), IBGE (IPCA médio, estimativas da população e projeções da população). Elaboração própria.

A EC 95 congela o teto de despesas e o piso de aplicação em saúde, corrigindo-os apenas pela inflação. Neste sentido, sequer ela considera o crescimento populacional como fator de reajuste das despesas. Em particular, para o SUS, sabe-se que um dos fatores de pressão sobre os gastos é a transição demográfica experimentada pelo Brasil, já que o envelhecimento populacional implica custos adicionais para o sistema de saúde.

Neste contexto, convém observar os impactos da EC 95 para o SUS no médio e longo prazos, considerando o cenário de alocação dos valores no piso congelado pela EC 95. Como a população segue crescendo anualmente e o piso é reajustado apenas pela inflação, o gasto per capita cai em termos reais. A situação é ainda mais crítica, com redução real estimada de 50% entre 2017 e 2036, se considerada relação entre o gasto de saúde e a população idosa, que crescerá consideravelmente no período do Novo Regime Fiscal.

**Gráfico 5 - Orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde (R\$, a preços de 2019)**



Fonte: Siop (despesas realizadas, LOA e PLOA), IBGE (IPCA médio) e BCB (expectativas de mercado para o IPCA).  
\* Valores ASPS: entre 2017 e 2019, empenho; para 2020, LOA inicial; para 2021, PLOA; entre 2022 e 2036, piso corrigido por IPCA de 3,5%. Correção para preços de 2019: entre 2017 e novembro de 2020, IPCA médio; entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021, expectativa de mercado para o IPCA; entre 2022 e 2036, considera IPCA de 3,5%.

Outra maneira de visualizar as restrições do Novo Regime Fiscal é por meio de análise dos gastos como proporção do PIB. Havendo crescimento real da economia, os gastos, limitados à inflação, devem decrescer, implicando um teto declinante em relação ao PIB. Convém lembrar que a reforma da previdência tende a estabilizar o gasto do RGPS como proporção do PIB. Assim, a redução deve afetar as demais despesas sujeitas ao teto. Em outros termos, ao longo do tempo, o teto fica “mais baixo” em relação ao tamanho da economia, tornando provável o cenário, apresentado no gráfico anterior, segundo o qual o orçamento de saúde se mantém em torno do mínimo (foi o que ocorreu, por exemplo, com a proposta orçamentária da saúde encaminhada pelo governo federal para 2021). Isto é, o piso congelado da EC 95 se converte em teto para a saúde, implicando redução dos gastos per capita, especialmente se considerada a população idosa.

Esta redução ocorre porque o piso para o orçamento de saúde é corrigido pela inflação, mas a população segue crescendo. Em particular, a população idosa vem aumentando quase 4% ao ano, segundo os dados do IBGE. Além da transição demográfica, outros fatores estruturais pressionam o SUS, como a transição epidemiológica, a incorporação de tecnologias, a necessidade de estruturação do complexo econômico-industrial da saúde, os vazios assistenciais e a inflação de saúde, usualmente mais elevada que a inflação média.

Neste contexto, a EC 95, combinando teto declinante que reduz estruturalmente despesas públicas em relação ao tamanho da economia e piso congelado para a saúde, não é capaz de absorver a demanda crescente por ações e serviços públicos de saúde. Ante o exposto, é fundamental discutir novas regras fiscais capazes de financiar o SUS, tendo em vista as previsões constitucionais da universalidade e integralidade e os fatores estruturais e conjunturais (associados à pandemia) que impactam o sistema.

# REGRAS FISCAIS SOBREPOSTAS, SUSPENSÃO DO ARCABOUÇO FISCAL EM 2020 E SUA RETOMADA EM 2021

O teto de gasto, conforme exposto anteriormente, é uma regra fiscal que impõe restrições ao gasto público independente do ciclo econômico. Isto é, ele determina redução do tamanho do Estado e dos serviços públicos, ainda que a arrecadação seja ampliada.

A regra do teto se combina a outras regras fiscais, gerando um arcabouço fiscal rígido, que impõe limites artificiais ao gasto, sobretudo em momento de baixa do ciclo econômico. Além do teto, o governo federal deve perseguir uma meta de resultado primário, prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal. Ela é dada pela diferença entre receitas e despesas primárias (que, grosso modo, não incluem pagamentos financeiros associados à dívida). O problema é que, diante de uma frustração de arrecadação e dada a meta, o governo é obrigado a contingenciar despesas. Isto é, a meta de resultado primário é “pró-cíclica”, acentuando a crise econômica ao exigir corte de despesas no momento em que elas são ainda mais relevantes, seja para estimular a economia (por exemplo, investimentos), seja para ampliar a proteção social diante de crises (gastos sociais).

O problema maior é a combinação das duas regras (teto e meta de primário), gerando um regime fiscal ainda mais rígido. Nos últimos anos, a despesa federal já está programada no teto. Havendo frustração de arrecadação, o contingenciamento de despesas para cumprimento da meta de primário faz com que as despesas fiquem aquém do teto. Isto é, a combinação teto-meta de primário cria um regime fiscal acíclico (determinando redução de serviços públicos independente da arrecadação em função do teto), e pró-cíclico apenas para fase de baixa do ciclo, já que a LRF impõe contingenciamentos quando há frustração de receitas. Neste contexto, as despesas podem ficar abaixo do teto de gasto, reduzindo ainda mais a capacidade de ação do Estado frente a crises e a demandas da população por serviços públicos.

Além disso, ainda há a regra de ouro, que impede endividamento além do montante das despesas de capital. A racionalidade da regra é evitar endividamento para financiar despesas correntes, com vistas a proteger futuras gerações. Em tese, o aumento do estoque de capital, via investimentos, beneficiaria futuras gerações, sobre as quais recairia o ônus da dívida contraída no presente.

A regra de ouro tem diversas especificidades no Brasil que não serão objeto de discussão no presente texto. Para os nossos propósitos, é suficiente registrar dois pontos:

- a) o resultado do cumprimento da regra de ouro seria um orçamento corrente equilibrado (déficit nominal, que inclui juros, menos investimentos). Como a conta de juros é maior do que o volume de investimentos, a restrição da regra

de ouro seria ainda maior do que a imposta pelo resultado primário, sobretudo em momentos de baixa atividade econômica, com piora das receitas. Isto é, a regra de ouro impor cortos drásticos de despesas correntes em momentos de crise com vistas a equilibrar o orçamento corrente, reforçando o caráter pró-cíclico do arcabouço fiscal. A Constituição prevê cláusula de escape para a regra de ouro, podendo o Congresso autorizar seu descumprimento. O dispositivo foi utilizado nos últimos anos, evitando corte em gastos como benefícios previdenciários e assistenciais. Em 2019, o Poder Executivo encaminhou a proposta orçamentária condicionando cerca de R\$ 30 bilhões do SUS à autorização pelo Congresso para descumprimento da regra de ouro, o que foi alterado no Parlamento, diante dos riscos para o financiamento da saúde;

- b) a dicotomia entre despesas correntes e de capital é problemática. As despesas do SUS, em boa medida, são correntes e beneficiam fortemente as futuras gerações, sobretudo no contexto de transição demográfica em curso. Por exemplo, gastos correntes com aquisições de produtos de saúde associados à transferência de tecnologias no âmbito de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo são capazes de assegurar o direito à saúde (em função da disponibilidade interna dos insumos), mas também de estimular a diversão produtiva do complexo econômico-industrial de saúde, com implicações sobre o sistema produtivo, a renda e o emprego. Ou seja, a própria noção de que despesas correntes não beneficiam futuras gerações, que está na base da regra de ouro, deve ser descartada, tendo em vista que a classificação pela natureza da despesa não é capaz de refletir os impactos econômicos e sociais do gasto previsto no orçamento.

Enfim, o Brasil dispõe de arcabouço fiscal rígido, com superposição de regras, impedindo o financiamento às políticas públicas, especialmente o SUS. A disfuncionalidade dos limites autoimpostos pelas regras fiscais ficou ainda mais evidente com a emergência de saúde pública decorrente da Covid-19. O enfrentamento à pandemia e a suas consequências econômicas e sociais requereu forte ampliação dos gastos, o que seria impossível diante das regras fiscais vigentes.

Em 20 de março, foi reconhecido pelo Congresso Nacional o estado de calamidade pública, por meio do Decreto Legislativo nº 6, de 2020. Com o Decreto, o governo federal ficou dispensado de cumprir a meta de resultado primário e, portanto, de efetuar contingenciamentos, que fariam com que o gasto da União ficasse abaixo do limite estabelecido pela EC 95.

Em maio de 2020, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 106, de 2020, que suspendeu, durante o estado de calamidade pública, dispositivos fiscais da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Lei de Diretrizes Orçamentárias e a regra de ouro. Em relação a esta, o efeito prático foi a possibilidade de a União tomar dívida para financiar despesas correntes como o auxílio emergencial e os gastos de saúde com aquisições diretas de insumos, vacina e transferências aos entes subnacionais.

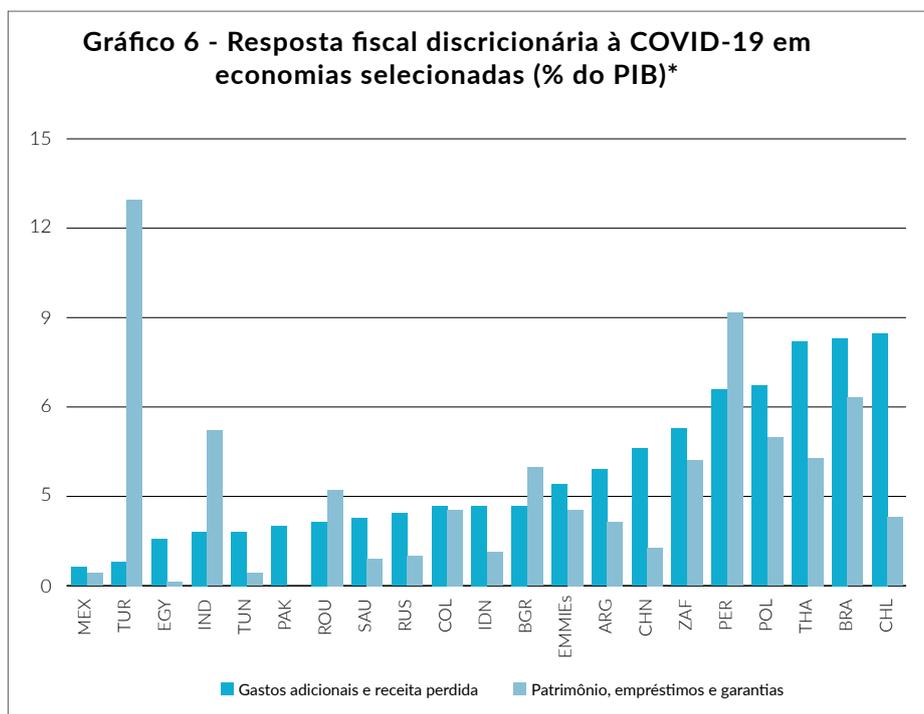
Além disso, com a calamidade, foi possível editar créditos extraordinários, não contabilizados no teto de gastos.

Desta maneira, foram removidos os principais obstáculos, relativos ao arcabouço fiscal, para a ampliação das despesas primárias voltadas ao enfrentamento da pandemia. Segundo dados do Siop, extraídos em 02 de janeiro, foram autorizados R\$ 604,8 bilhões de recursos para o combate à pandemia (excluindo os bloqueados), dos quais R\$ 567 bilhões foram empenhados e R\$ 524 bilhões foram pagos.

Um ponto central a assinalar é que a pandemia demonstrou que não procede a tese de que o país não dispõe de recursos para financiar políticas públicas. Nesta perspectiva, a austeridade seria o instrumento para garantir o ajuste à indisponibilidade de recursos, dado o elevado nível da dívida pública. No entanto, para o país que se endivida na moeda que emite, esta visão não encontra amparo na realidade.

Para uma melhor compreensão da relação entre Gastos públicos, Conta Única do Tesouro Nacional e o Balanço do Banco Central em governos emissores de sua moeda ver o Anexo 1, ao final deste relatório técnico.

Conforme mostrado no gráfico a seguir, o esforço fiscal do Brasil para a resposta à Covid-19, considerando gastos adicionais e renúncia de receitas, foi de 8,3% do PIB, superior à maior parte das economias emergentes e de renda média.

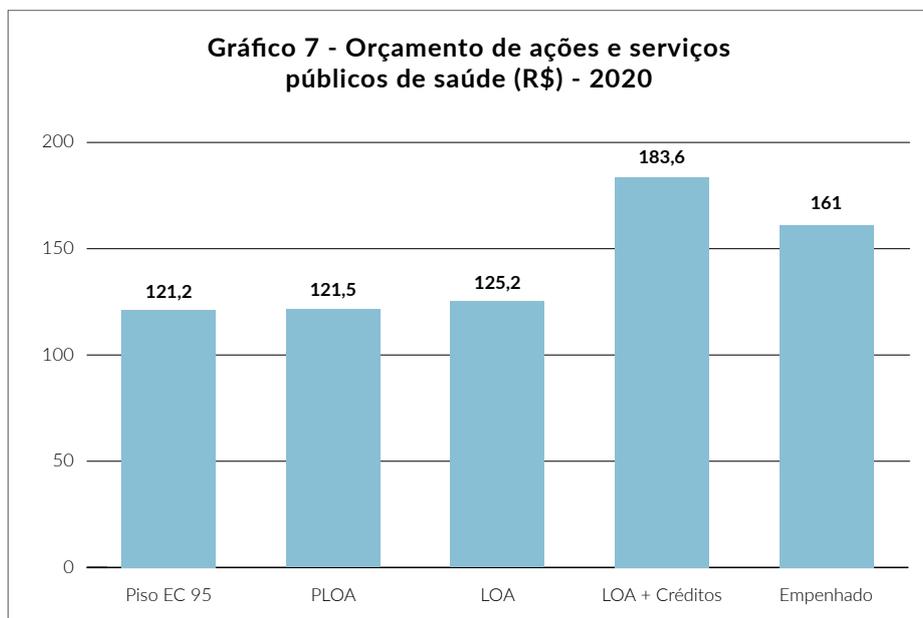


\* Considera medidas anunciadas até 11 de setembro. Fonte: FMI. Monitor Fiscal out. 2020. EMMIES = economias emergentes de Mercado e de renda média.

Em boa medida, o esforço fiscal realizado pelo Brasil foi viabilizado por medidas propostas e aprovadas pelo Congresso Nacional. Conforme já exposto, foi a flexibilização fiscal, sobretudo por meio da EC 106/2020, de iniciativa do Congresso Nacional, que permitiu a criação dos programas e ações específicos para enfrentamento da pandemia.

O próprio auxílio emergencial, responsável por 44% dos gastos extraordinários<sup>4</sup>, foi aprovado por meio de lei de iniciativa do Poder Legislativo, assim como outras medidas de mitigação dos efeitos econômicos da crise, como o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – Pronampe.

Para ações e serviços públicos de saúde, considerando os dados do Siop de 02 de janeiro de 2020, houve acréscimo de R\$ 58,4 bilhões ao orçamento, comparando-se o valor autorizado com créditos adicionais e a dotação inicial da LOA.



Fonte: Siop. Consulta em 4-1-20. Elaboração própria.

Vale uma análise mais detida do orçamento de 2020. Percebe-se que a proposta orçamentária para ações e serviços públicos de saúde foi encaminhada em torno do piso congelado pela EC 95. O Congresso Nacional ampliou as dotações para R\$ 125,2 bilhões, mas elas não alcançaram 15% da RCL, reforçando as perdas em relação à regra anterior (EC 86), tendo em vista as restrições globais do teto de gasto, já que o orçamento foi programado no limite da EC 95.

Com a suspensão das regras fiscais, foi possível ampliar as despesas em mais de R\$ 58 bilhões, revelando que o problema não reside na falta de recursos, mas nas regras fiscais existentes (ou R\$ 38 bilhões, sem considerar o crédito para vacina, que foi reaberto em 2021 e será tratado a seguir). Afinal, dispensado o cumprimento da meta de resultado primário, a frustração de receitas deixou de ser obstáculo à execução e à ampliação das despesas. Por sua vez, a suspensão da regra de ouro viabilizou o aumento da dívida para financiar despesas correntes. Por fim, com a decretação do estado de calamidade, criou-se a possibilidade de editar créditos extraordinários, não contabilizados no teto de gastos.

A propósito, dos valores não empenhados em 2020 do orçamento de saúde, R\$ 20 bilhões se referem a crédito extraordinário para aquisição da vacina da Covid-19 e insumos para viabilizar a vacinação (Medida Provisória nº 1.015, de 2020). Dado o fim do estado de calamidade em 31 de dezembro, o governo optou por editar a Medida Provisória ainda em 2020 com o propósito de reabrir o crédito em 2021, o que é permitido pela Constituição Federal em seu art. 167, § 2º.

<sup>4</sup> Neste percentual, não está computado o auxílio emergencial residual, de R\$ 300,00, previsto por meio de Medida Provisória.

Inclusive, a meta de resultado primário para 2021, prevista na Lei de Diretrizes Orçamentárias, foi alterada para incorporar os valores executados com a vacina, remetendo a uma questão de ordem legal: créditos extraordinários só podem ser editados se, entre outros requisitos, houver imprevisibilidade. Por outro lado, diante da perspectiva concreta de registro de vacinas e tendo em vista que o orçamento de 2021 ainda não foi votado, a incorporação dos valores no déficit primário de 2021 coloca a questão sobre a imprevisibilidade do gasto. Nesta perspectiva, pode-se indagar se os valores não deveriam ser incluídos nos gastos ordinários de 2021. O ponto é que esta inclusão (sem redução de outro gasto) não é possível, já que o orçamento está programado no teto.

Assim, é possível interpretar que a edição da MP 1.015/2020, com R\$ 20 bilhões para a vacina, seja uma maneira de não “furar” o teto de gasto em 2021, por meio de edição de crédito extraordinário em 2020, dentro do estado de calamidade, sendo reaberto no exercício seguinte. Convém lembrar que, do total autorizado, apenas 0,3% foi empenhado, conforme consulta do Siop em 2 de janeiro.

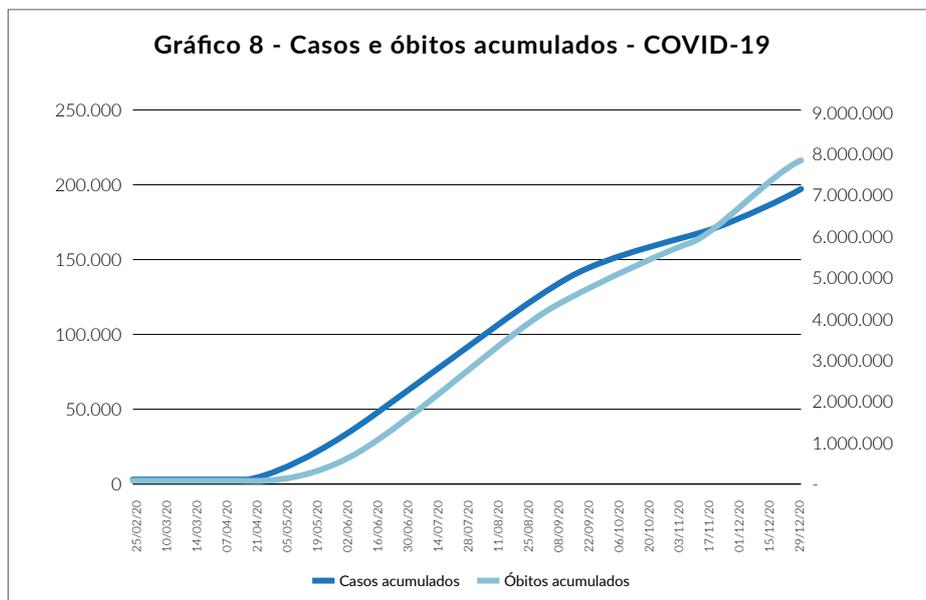
Neste contexto, seria preferível estabelecer uma discussão transparente sobre flexibilização fiscal no curto prazo, tendo em vista que a pandemia não se encerrou em 2020, ou novas regras fiscais, especialmente em substituição ao teto de gastos, capazes de absorver as demandas por mais recursos de saúde, sobretudo considerando que: a) a ampliação da dívida não requer um ajuste fiscal de curto prazo no Brasil com corte abrupto de despesas; b) o orçamento de 2021 não comporta outras despesas essenciais para a saúde, como a manutenção de leitos abertos durante a pandemia e atendimento a demandas represadas; c) o aumento da dívida é um fenômeno mundial e países com dívidas mais elevadas estão preparando pacotes fiscais expressivos para o próximo exercício, visando a combater a pandemia e recuperar a atividade econômica.

Os dados orçamentários para ações e serviços públicos de saúde reforça a necessidade de rediscussão do impacto das regras fiscais sobre o SUS. Em meio ao patamar crescente de casos e óbitos de Covid-19, a proposta orçamentária foi encaminhada no teto de gasto e no mínimo obrigatório da saúde, nos termos da EC 95. Convém lembrar que o aumento do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC acima do inicialmente esperado pressionará ainda mais o teto, já que o índice reajusta o valor de benefícios da seguridade social. Como a despesa já está programada no teto, a absorção do impacto do INPC implicará cortes em programações já muito afetadas pelo teto. Logo, não há espaço fiscal para ampliar despesas de saúde e elas não deverão ficar muito além do piso congelado pela EC 95.

A retomada do teto implica uma contração fiscal da ordem de 8% do PIB em 2021. No caso da saúde, com as despesas no mínimo obrigatório congelado pela EC 95, a perda será de quase R\$ 40 bilhões, sem considerar os recursos da MP 1.015, que ampliaram o orçamento de 2020, mas foram reabertos em 2021.

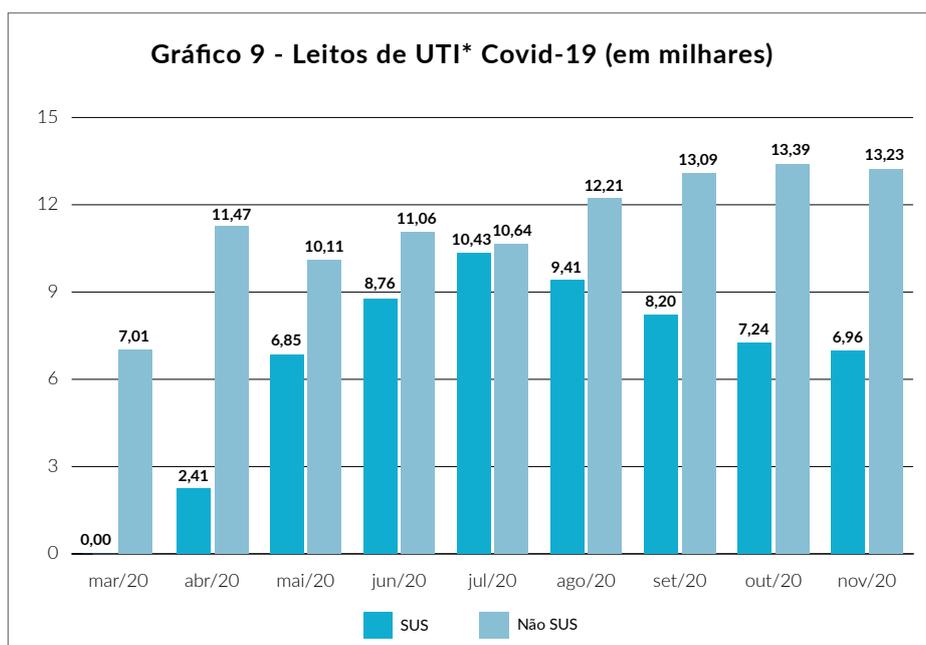
O gráfico 7 mostra inflexão nas curvas de casos e óbitos de Covid-19 a partir de novembro. Desta maneira, ainda que tenha findado o estado de calamidade por razões puramente formais (prazo estabelecido no Decreto de calamidade), tornando sem efeito a suspensão das regras fiscais, haverá fortes pressões conjunturais sobre o SUS em 2021. Entre as fontes de pressão, pode-se citar: a) necessidade de manutenção de leitos de UTI abertos durante a pandemia; b) as demandas represadas durante 2020, tendo

em vista que milhões de procedimentos (exames, consultas, cirurgias) deixaram de ser realizados; c) aquisição de insumos (como os medicamentos de UTI) e incorporação tecnológica ao SUS (é possível que os R\$ 20 bilhões não sejam suficientes para vacinar toda a população, restando a dúvida sobre possibilidade legal de editar novo crédito extraordinário, dada a previsibilidade do gasto); d) aumento do desemprego e queda da renda, fazendo com que ainda mais pessoas dependam exclusivamente do SUS para ter acesso à saúde.



Fonte: Ministério da Saúde. Dados até 4 de janeiro. Elaboração própria.

Entre julho e novembro de 2020, os leitos de UTI voltados à Covid-19 na rede pública foram reduzidos em 33%, passando de 10,43 mil para menos de 7 mil. Isto é, a cada 3 leitos abertos, 1 foi desativado, movimento que não se verificou no setor privado, ampliando a desigualdade no acesso a leitos.



\* Considera leitos adultos e pediátricos. Fonte: Datasus. Consulta em 6 jan. Elaboração própria.

Outro ponto que merece atenção é a disponibilidade de medicamentos de UTI. Segundo auditoria do Tribunal de Contas da União, o desabastecimento dos medicamentos de intubação ainda não foi completamente solucionado, cabendo ao Ministério da Saúde, diante da emergência de saúde pública, centralizar os procedimentos para aquisição desses insumos.

*Diante dos resultados do processo licitatório, conclui-se que a situação de desabastecimento dos medicamentos para intubação não resta solucionada, permanecendo necessária a atuação conjunta do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) enquanto perdurar a pandemia do novo coronavírus, no monitoramento dos estoques e no auxílio aos Estados, Municípios e DF para a aquisição desses itens<sup>5</sup>.*

Em suma, o ano de 2021 aponta para uma situação que conjuga aumento da demanda por serviços de saúde e redução abrupta no financiamento do SUS, com riscos de colapso do sistema caso não haja flexibilização fiscal que permita ampliação de gastos, por exemplo, para atender à maior demanda por leitos de UTI e insumos. Conforme exposto, a redução orçamentária não guarda relação com a falta de recursos, mas com a retomada das regras fiscais, especialmente o teto de gastos.

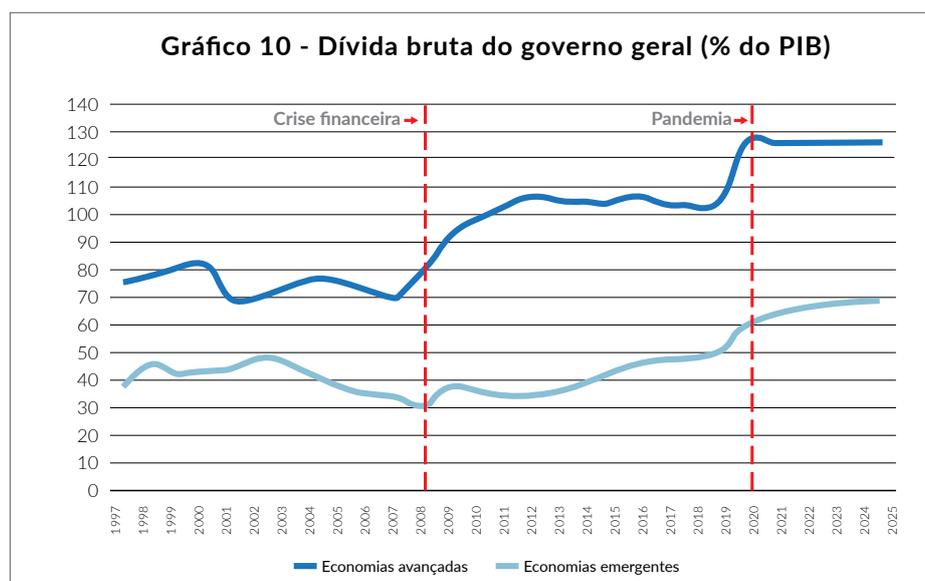
Deste modo, torna-se ainda mais urgente rediscutir as regras fiscais no Brasil, tanto do ponto de vista emergencial como estrutural. Para tanto, será apresentada uma síntese da experiência internacional sobre o arcabouço fiscal, mostrando que o Brasil está atrasado em relação ao resto do mundo neste debate, com regras excessivamente rígidas que prejudicam, especialmente, os sistemas de proteção social. Em outro produto desta pesquisa, serão construídos cenários alternativos para o orçamento de saúde, sob a hipótese de mudanças nas regras fiscais.

<sup>5</sup> Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-determina-que-ministerio-da-saude-informe-tempestivamente-sobre-contratacoes-de-enfretamento-a-covid-19.htm>.

# COMPARAÇÃO INTERNACIONAL: REGRAS FISCAIS E GASTOS DE SAÚDE

O primeiro ponto a assinalar é que, para os nossos propósitos, importa discutir os impactos dos arcabouços fiscais sobre os gastos de saúde. Neste sentido, desde já, é relevante mencionar que o SUS é estruturalmente subfinanciado, já que o gasto público representa menos da metade do gasto total de saúde no Brasil, equivalendo a 4% do PIB, percentual inferior ao de diversos países, como se verá a seguir. Assim, regras fiscais mais rígidas tendem a impactar um sistema de saúde que já apresenta historicamente um financiamento incompatível com sua universalidade.

O aumento da dívida pública é um fenômeno mundial. Com a pandemia, houve perda de arrecadação e necessidade de aumento dos gastos, tanto para países em desenvolvimento como para as economias avançadas. Vale reforçar que, após a crise financeira global de 2008, houve forte elevação da dívida dos países desenvolvidos, seguida de redução dos juros, que se mantêm em níveis baixos. Com o advento da pandemia, houve aumento de vinte pontos percentuais na dívida como proporção do PIB entre 2019 e 2020 para países desenvolvidos.



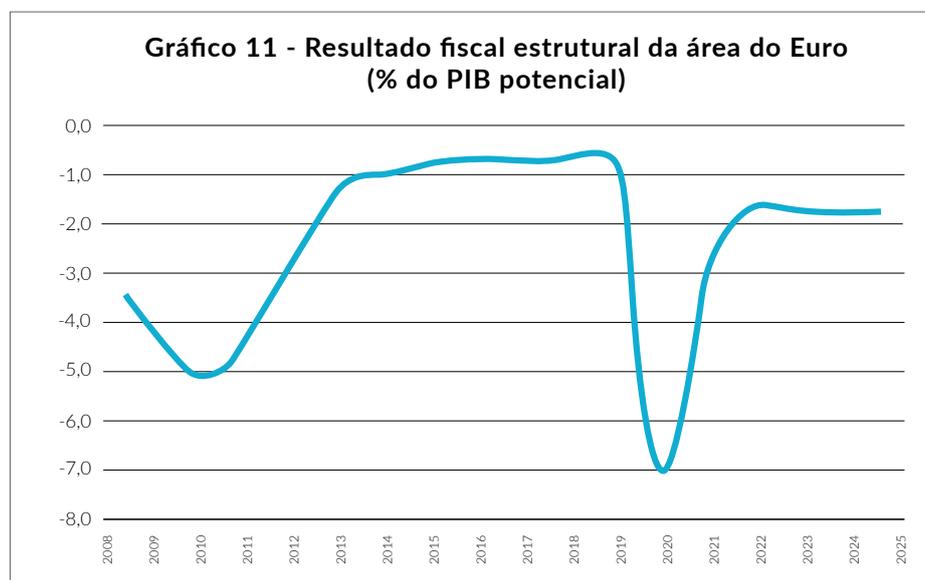
Fonte: Monitor Fiscal do FMI.

Mesmo assim, diversos países estão adotando políticas de estímulos fiscais para combater a pandemia e seus efeitos econômicos e sociais. Nos EUA, o Presidente Joe Biden apresentou plano de US\$ 1,9 trilhão e, na União Europeia, foi aprovado fundo de recuperação de € 750 bilhões em subsídios e empréstimos.

Aparentemente, o mundo vive uma nova compreensão sobre o papel da política fiscal em meio à crise sanitária e econômica atual. Inclusive, organizações multilaterais como o Fundo Monetário Internacional vêm defendendo, por exemplo, a ampliação dos investimentos públicos como multiplicador da renda, indutor dos investimentos privados e gerador de empregos<sup>1</sup>.

1. Ver, por exemplo, <https://blogs.imf.org/2020/10/05/public-investment-for-the-recovery/>.

Trata-se de mudança significativa no plano das ideias em relação à crise financeira global de 2008, pelo menos na União Europeia. O bloco adotou, pós-crise de 2008, uma estratégia de austeridade fiscal que impactou o gasto público, especialmente nas nações com dívida mais elevada. O gráfico 10 mostra ampliação do esforço fiscal entre 2010 e 2013. A partir de 2014, houve o relaxamento das regras, o que viabilizou ampliação das despesas. Finalmente, com a pandemia, houve piora significativa do resultado fiscal.



Fonte: FMI. Monitor Fiscal. Elaboração própria.

A União Europeia conta com um Pacto de Estabilidade e Crescimento - PEC pelo qual os Estados-membros se comprometem a evitar déficits públicos superiores a 3% do PIB e dívida superior a 60% do PIB. Basicamente, o pacto contém uma vertente preventiva e uma corretiva. A primeira envolve a definição de um Objetivo de Médio Prazo com vistas a manter a situação fiscal sustentável e é calculado em função do crescimento potencial da economia (o PIB potencial pode ser entendido como a capacidade produtiva de uma economia), da dívida pública e dos custos orçamentários relativos ao envelhecimento. A vertente corretiva é acionada quando os indicadores fiscais ultrapassam os limites, sujeitando os países a condições mais duras de ajuste fiscal.

Importa mencionar que ambas as vertentes procuram observar os resultados fiscais em termos estruturais, desprezando gastos extraordinários, eventos atípicos e o efeito do ciclo econômico (que, na baixa, reduz o PIB em relação ao potencial, diminuindo a arrecadação e ampliando automaticamente gastos como o seguro-desemprego)<sup>2</sup>. Também é levado em conta o impacto de variáveis como o custo do envelhecimento populacional, que incide fortemente sobre os sistemas de saúde. Ademais, sob determinadas condições, investimentos com capacidade de elevar o PIB potencial podem ser abatidos do cômputo dos gastos para efeito dos Objetivos de Médio Prazo.

Isto é, o arcabouço fiscal vigente permite “descontar”, para efeito dos limites de gasto, o impacto de diversas variáveis (conjunturais e estruturais), além de prever uma flexibilidade para aplicação das regras fiscais, considerando a situação de cada país.

2. Na América Latina, também adotam resultados fiscais estruturais Chile, Colômbia e Peru. Disponível em: <https://www.imf.org/external/datamapper/fiscalrules/Fiscal%20Rules%20at%20a%20Glance%20-%20Background%20Paper.pdf>.

Desta forma, a política fiscal contribuirá para a estabilização econômica, por exemplo, viabilizando gastos adicionais necessários ao aumento do produto. Isto é, as regras fiscais são mais flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico, o que permitiria evitar, especialmente, uma redução de gastos como os de saúde quando o desemprego se eleva e a rede de proteção é ainda mais relevante.

Além disso, a vertente corretiva (Procedimento para Déficit Excessivo - PDE) tende a ser estabelecida com medidas pelo lado da despesa e da receita. A rigor, considerados os países que passaram pelo PDE, o ajuste pelo lado da receita foi maior em diversos anos<sup>3</sup>. Conforme será visto a seguir, no caso brasileiro, sobretudo após a instituição do teto de gasto, o ajuste fiscal tem sido realizado predominantemente por meio de corte de gasto, penalizando os usuários de serviços públicos.

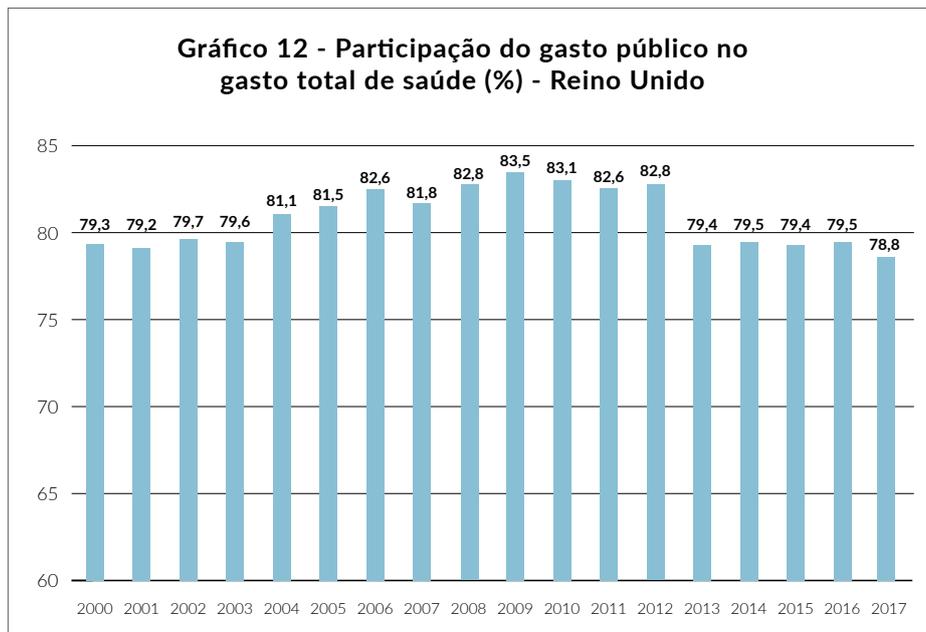
A segunda observação é que, no período de aplicação mais estrita das regras fiscais, os países com piores indicadores sofreram fortes impactos em seus sistemas de saúde, conforme tabela a seguir. Percebe-se que países como Itália, Portugal, Irlanda, Grécia e Espanha tiveram redução dos gastos como proporção do PIB entre 2009 e 2018.

TABELA 1 - GASTOS PÚBLICOS DE SAÚDE COMO % DO PIB					
Países selecionados					
Ano	Itália	Grécia	Portugal	Espanha	Irlanda
2009	7,0	6,4	6,9	6,8	8,1
2010	7,0	6,6	6,9	6,8	8,0
2011	6,8	5,9	6,5	6,7	7,7
2012	6,7	5,8	6,1	6,6	7,7
2013	6,6	5,1	6,1	6,4	7,3
2014	6,7	4,5	6,0	6,4	6,9
2015	6,6	4,6	5,9	6,5	5,3
2016	6,5	5,0	5,8	6,4	5,4
2017	6,4	4,8	5,7	6,3	5,2
2018	6,4	4,5	5,8	6,3	5,1

Fonte: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Elaboração própria.

Os dados apontam para os efeitos da austeridade sobre os gastos de saúde, especialmente nos países com dívida mais elevada, após a crise financeira global de 2008. As políticas de austeridade impactaram a saúde mesmo em países com sistema público universal. Por exemplo, no Reino Unido, diante de uma série de reformas no NHS, o gasto privado de saúde aumentou sua participação no gasto total do setor entre 2012 e 2017.

3. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/experiencia-internacional-com-ajustes-fiscais-mecanismos-institucionais-retorica-e-realidade>.



Fonte: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Elaboração própria.

Outro caso que vale observar é o italiano, marcado por forte esforço fiscal desde a década de 1990 e redução dos gastos de saúde, que pode ter impactado a capacidade de resposta à Covid-19, por exemplo, por meio da redução de leitos de UTI por 1.000 habitantes no Sistema Nacional de Saúde<sup>4</sup>.

O gráfico 12 mostra que, desde a década de 1990, a Itália faz resultados primários (exclusive a conta de juros) positivos (a não ser em 2020, diante dos efeitos econômicos da pandemia), de modo que o Estado retira mais recursos da sociedade via tributação do que oferta sob a forma de serviços públicos. Vale observar que no período 2009-2014 houve restrição fiscal ainda maior, elevando-se o saldo primário estrutural.



Fonte: FMI. Monitor Fiscal. Elaboração própria.

4. Para maiores detalhes, ver: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html>.

Por outro lado, ainda sobre o caso italiano, observa-se que, a partir de 2014, foram reduzidos os resultados primários obtidos, em linha com o ocorrido na União Europeia, conforme o gráfico 10. Tal flexibilização foi aplicada, em parte, a partir da interpretação conferida às regras fiscais pela Comissão Europeia<sup>5</sup>, que abriu espaço fiscal para ampliação dos gastos, favorecendo, inclusive, a retomada da atividade econômica e da arrecadação.

Percebe-se, pois, a relevância de regras fiscais mais flexíveis, que permitiram certo redirecionamento da política fiscal na União Europeia<sup>6</sup>, ainda que haja diversos aspectos para avançar em direção a um arcabouço amigável à sustentabilidade econômica e à proteção social<sup>7</sup>.

Um aspecto relevante no debate sobre o arcabouço fiscal é a melhor alternativa entre o tipo de regra a adotar para controle dos gastos. No caso da União Europeia, os indicadores relacionados ao resultado fiscal e à dívida, ainda que acompanhados em termos estruturais (líquidos dos efeitos do ciclo econômico), têm a desvantagem de lidar com variáveis que não estão sob controle do Estado (arrecadação, que depende da atividade econômica, e a dívida, cujos custos dependem do estoque de dívida e da taxa de juros).

Diversos países têm adotado em seu arcabouço fiscal regras de gasto, tendo em vista a simplicidade, a transparência e o maior controle das despesas públicas por parte dos governos. Voltando ao caso da União Europeia, foi adotada regra preventiva, adicional às já citadas, que limita o crescimento anual da despesa à taxa a médio prazo de crescimento do PIB potencial, a não ser que o excedente seja compensado por medidas discricionárias pelo lado da receita.

É fundamental tecer duas observações acerca da regra de regra de gasto da União Europeia. Primeiro, a regra não implica crescimento real zero das despesas, como no caso brasileiro, já que o gasto é limitado pela taxa de crescimento do PIB potencial no médio prazo. Além de não impedir o crescimento real da despesa, o indicador evita um corte abrupto nos gastos quando há desaceleração da economia, já que o limite é dado em termos do PIB potencial de médio prazo, e não do PIB efetivo.

A outra observação é que, mesmo consistindo de uma regra de gasto, há cláusula de escape para ampliar a despesa além do limite caso a expansão seja financiada por aumento de receita.

Ante o exposto, percebe-se que a regra de gasto adotada na União Europeia não é rígida como aquela instituída pela EC 95, no caso brasileiro. Entre as diferenças significativas, constam: não há congelamento dos gastos, o crescimento da despesa é definido em termos do PIB potencial e existe cláusula de escape em caso de expansão da receita.

A rigor, diversos países do mundo adotam regras de limite do gasto, embora o Brasil seja uma exceção em relação ao congelamento das despesas. O mais usual é que o limite seja dado em termos da fixação de um limite numérico ou do crescimento do PIB (efetivo ou potencial). Além disso, despesas que crescem automaticamente em função de crises econômicas (como o seguro-desemprego) costumam não ser contabilizadas no teto.

5. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52015DC0012>. Acesso em: 10 ago. 2020.

6. O impacto da flexibilização fiscal sobre os gastos de saúde deve ser analisado para cada país.

7. Para maiores detalhes, ver <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/5/article/reforming-eu-fiscal-rules-more-leeway-investment-orientation-and-democratic-coordination.html>.

Um estudo de economistas do FMI mostrou que, entre países que adotam regras de gasto, apenas o Japão adota regra similar ao caso brasileiro, proibindo que o gasto nominal exceda o nível do ano anterior<sup>8</sup>. Mas vale lembrar que a economia japonesa é marcada por deflação e não apresenta crescimento populacional, de modo que o gasto per capita deve ficar estável ou até subir, mesmo diante do congelamento dos gastos.

Mesmo países com endividamento público superior ao Brasil adotam regras de gasto com possibilidade de crescimento real da despesa. Por exemplo, a Espanha em 2014 tinha dívida bruta superior a 100% do PIB, tendo adotado como limite de gasto o crescimento potencial de dez anos do PIB, além de excluir o seguro-desemprego.

Entre os países que adotam regras de gasto, o Brasil é caso único no mundo, uma vez que a EC 95 determina congelamento das despesas por até vinte anos, previsto na Constituição Federal, não havendo cláusula de escape em relação à arrecadação. Vale aqui um exemplo para ilustrar este último aspecto: os royalties oriundos do pré-sal destinados à saúde não são contabilizados no piso de saúde, conforme liminar do Ministro Ricardo Lewandowski, do STF. No entanto, a receita dos royalties destinada à saúde tende a ser alocada em despesas contabilizadas no teto. Isto é, a destinação extra piso de royalties à saúde não implica maior capacidade de gasto pelo Estado (o que equivaleria a uma cláusula de escape de receita), já que o limite à despesa, dado pela EC 95, não se ampliará. Na prática, se a despesa de saúde ficar acima do piso em função das receitas do pré-sal, haverá redução de outra despesa primária para cumprir o teto, de modo que a exploração do pré-sal não reverte em maior capacidade de gasto pelo governo federal, ainda que haja ampliação de receitas atípicas e não recorrentes.

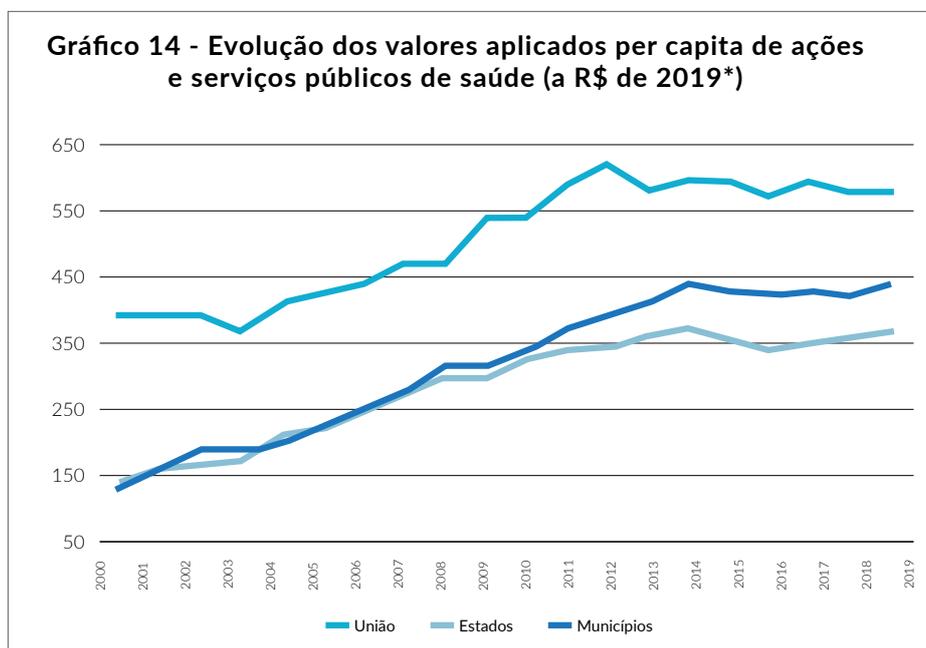
Vale lembrar que a EC 95, na prática, impõe um teto de despesa declinante como proporção do PIB. Portanto, a regra é extremamente rígida, determinando a redução de serviços públicos independente da arrecadação (regra acíclica). Ademais, sobretudo em função da regra de resultado primário, a frustração de arrecadação implica contingenciamento de despesas, de modo que, diante da sobreposição de regras, os gastos podem ficar aquém do teto. Em outros termos, o regime fiscal passa a ser acíclico “para cima” (dado o limite do teto) e pró-cíclico “para baixo”, uma vez que a desaceleração econômica, dada a meta de resultado primário, reduz a despesa programada no teto. Desta forma, a política fiscal tende a operar reduzindo estruturalmente serviços públicos (teto de gasto) e reforçando a instabilidade econômica e de financiamento das políticas sociais, o que se intensifica em momentos de crise (Lei de Responsabilidade Fiscal).

O financiamento do SUS é afetado pelo regime fiscal por diversas vias. A principal delas é o congelamento do piso federal de aplicação de saúde, que funciona como instrumento de ajuste ao teto de gasto no curto prazo e não considera o crescimento da população, as mudanças demográficas e epidemiológicas, a inflação de saúde e a incorporação de tecnologias. Além disso, na medida em que o regime fiscal impede a ação anticíclica, há impacto sobre a arrecadação dos entes subnacionais, dificultando o financiamento das ações de saúde. Neste sentido, vale chamar atenção para o duplo impacto sobre os entes subnacionais do arcabouço fiscal federal, por um lado, reduzindo transferências e, por outro, impactando sua receita própria. Como os entes subnacionais não são capazes

8. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2015/wp1529.pdf>.

de emitir dívida soberana (diferente da União), em circunstâncias adversas, a última alternativa é reduzir despesas, agravando o quadro econômico e social.

O gráfico 13 ilustra o exposto no parágrafo anterior, ao mostrar que todos os entes sofreram redução em termos reais das despesas per capita de saúde entre 2014 e 2016, diante da retração em 2015-2016. Já no período 2017-2019, em que houve baixo crescimento do PIB, os entes subnacionais tiveram lenta recuperação do gasto, enquanto a União voltou a reduzir gasto em termos reais per capita, já sob os efeitos da EC 95. Ou seja, desenha-se um quadro de financiamento preocupante em que entes subnacionais, que já respondem por quase 60% dos gastos públicos de saúde, têm capacidade limitada de financiar seus gastos, sobretudo com a desaceleração da economia. Além disso, os valores aplicados pela União são reduzidos diante do Novo Regime Fiscal, mesmo com alguma recuperação da arrecadação.



Fonte: FMI. Monitor Fiscal. Elaboração própria.

Conforme exposto no início da seção, as restrições têm impacto ainda maior, já que se aplicam a um sistema público de saúde historicamente subfinanciado. O gasto público de saúde no Brasil representa cerca de 4% do PIB, valor inferior, por exemplo, àqueles aplicados pelos países selecionados na Tabela 1, mesmo após sofrerem ajustes fiscais severos. Além disso, apesar de o Brasil ter sistema universal, o gasto público de saúde equivale a menos da metade do gasto total do setor, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, enquanto o sistema de saúde do Reino Unido, por exemplo, mesmo impactado pela austeridade, representa cerca de 80% do gasto total de saúde. Considerando os gastos públicos de saúde de todos os entes, o SUS custou em 2019 R\$ 3,79 per capita/dia para garantir a todos os habitantes vacina, transplante, cirurgias, exames, consultas, atendimentos do SAMU, medicamentos de alto custo, entre outros.

Ante o exposto, é crucial rediscutir o arcabouço fiscal brasileiro, especialmente seus impactos sobre o financiamento do SUS. Em particular, é preciso aproximar o Brasil da experiência internacional, mediante um regime fiscal mais flexível, que seja capaz de financiar as demandas por serviços públicos de saúde. A rigidez do regime fiscal brasileiro não encontra paralelo no resto do mundo. Como não há cláusulas de escape relativas à arrecadação no teto de gasto, não é suficiente discutir o impacto de uma reforma tributária sobre os gastos de saúde federais. Afinal, todo aumento de receita, dado o teto, tende a se converter em aumento do resultado primário.

# CONCLUSÕES

As principais conclusões do trabalho foram:

1. O Novo Regime Fiscal determina redução de despesas primárias, especialmente as discricionárias, forçando um ajuste fiscal independente do comportamento da arrecadação. Outra forma de visualizar o impacto da EC é por meio da redução da despesa em relação ao tamanho da economia (gastos/PIB);
2. O Novo Regime Fiscal retirou R\$ 22,5 bilhões do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde entre 2018 e 2020;
3. Os valores federais aplicados em saúde também foram reduzidos como proporção da RCL e em termos reais per capita;
4. Se os valores aplicados em saúde se mantiverem em torno do piso congelado pela EC 95, estima-se que a despesa federal de saúde por pessoa idosa, em termos reais, deve cair pela metade entre 2017 e 2036;
5. Com a suspensão das regras fiscais, foi autorizado em 2020 gasto extraordinário e vinculado à pandemia de cerca de R\$ 600 bilhões, desmistificando a ideia de país quebrado. Não há falta de recursos para investir em saúde pública, mas limites artificiais impostos pelas regras de gasto. A dívida brasileira é fundamentalmente denominada em moeda nacional, os juros internos e externos são baixos e o setor público dispõe de reservas internacionais que reduzem a sua dívida líquida. Neste contexto, não há necessidade de ajuste fiscal no curto prazo, que piorará o quadro econômico e social, diante de uma contração que afetará investimentos e gastos sociais.
6. Para o SUS, a suspensão das regras fiscais viabilizou em 2020 a ampliação de R\$ 38 bilhões (sem considerar os recursos para vacinação) em relação aos valores originalmente aprovados na LOA.
7. A retomada das regras fiscais em 2021 reduzirá a despesa em 8% do PIB em relação a 2020. A proposta orçamentária do SUS foi encaminhada no piso congelado da EC 95 e implica diminuição de R\$ 40 bilhões em relação a 2020, em meio ao aumento do número de casos e óbitos, demanda por aquisição de insumos de saúde, demandas represadas

por procedimentos em 2020 e aumento do desemprego. Entre julho e novembro de 2020, os leitos de UTI do SUS voltados à Covid-19 na rede pública foram reduzidos em 33%, passando de 10,43 mil para menos de 7 mil.

8. A ampliação da dívida pública é um fenômeno mundial, mesmo assim os países estão realizando programas de estímulos fiscais para combater a pandemia e seus efeitos econômicos e sociais, inclusive para 2021.
9. Os países vêm adotando regras fiscais flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico (especialmente, resultados fiscais estruturais e regras de gasto que não congelam a despesa), permitindo ampliação dos gastos e déficits públicos para estimular a economia em momentos de crise, financiar investimentos e serviços públicos. Indicadores fiscais estruturais da União Europeia, por exemplo, não levam em conta os custos do envelhecimento populacional e a redução da arrecadação em razão da crise.
10. O Brasil está na contramão do resto do mundo com arcabouço fiscal rígido e regras fiscais sobrepostas, implicando redução de serviços públicos de forma acíclica (teto) e diminuição de gastos em momentos de crise (regras pró-cíclicas: meta de resultado primário e regra de ouro). Organizações como o FMI têm defendido um regime fiscal mais flexível, de modo a não agravar a instabilidade econômica.
11. O arcabouço fiscal restritivo no Brasil tem impactos ainda maiores, pois retira recursos de um sistema de saúde estruturalmente subfinanciado. Considerado todo o gasto público de saúde em 2019, o SUS custou R\$ 3,79 per capita/dia para viabilizar acesso universal a vacinas, transplantes, medicamentos de alto custo, entre outros. No Brasil, o gasto público representa menos da metade dos gastos totais do setor. No Reino Unido, por exemplo, este indicador gira em torno de 80%.
12. Não há país com regra de congelamento de despesa que implique queda do gasto real per capita, conforme previsto na EC 95. Os países adotam regra de gasto com possibilidade de algum crescimento real da despesa (em geral, limitado a um percentual fixo ou ao crescimento do PIB) e, muitas vezes, com cláusula de escape se houver crescimento da receita.

13. Na União Europeia, os ajustes fiscais tendem a prever medidas do lado da despesa e da receita. No caso brasileiro, diante da EC 95, o ajuste é fundamentalmente pelo lado da despesa, prejudicando serviços públicos.
14. As políticas de austeridade aplicadas na Europa entre 2009 e 2014 impactaram os gastos em saúde dos países. A contração fiscal foi revertida em 2015, aplicando-se a flexibilidade prevista no arcabouço fiscal.

# PROPOSTAS

Tendo em vista que: a) a situação fiscal do Brasil não requer um ajuste fiscal no curto prazo; b) o SUS é historicamente subfinanciado (inclusive na comparação internacional) e o gasto público de saúde responde por menos da metade do gasto total do setor, ainda que o país tenha sistema de saúde universal; c) há pressões estruturais por mais gastos de saúde, como a transição epidemiológica, demográfica e nutricional, a incorporação tecnológica, os vazios assistenciais e a inflação de saúde; d) há pressões conjunturais por mais gastos de saúde, associados à pandemia e a seus efeitos, recomenda-se a discussão sobre os seguintes pontos:

1. Rever o arcabouço fiscal brasileiro em linha com a experiência internacional, substituindo as regras sobrepostas por um regime mais flexível, capaz de compatibilizar sustentabilidade fiscal no médio prazo, estabilização da economia e da arrecadação e financiamento do gasto social.
2. Rever, em linha com o resto do mundo, a experiência de consolidação fiscal, prevendo também medidas pelo lado da tributação de renda e patrimônio, de modo a não prejudicar a atividade econômica e o financiamento dos gastos sociais.
3. Adotar emergencialmente regra fiscal em 2021 para o SUS, indexada aos recursos disponibilizados em 2020 e às necessidades para 2021 (aquisição de insumos, vacinação, demandas represadas, transferência de tecnologia, manutenção e abertura de leitos, manutenção do financiamento da atenção básica, entre outras);
4. Adotar estruturalmente nova regra de mínimo federal para a saúde, menos dependente do ciclo econômico, baseada, por exemplo, no gasto per capita compatível com as necessidades do sistema.

# ANEXO 1

## GASTOS PÚBLICOS, CONTA ÚNICA DO TESOURO NACIONAL E O BALANÇO DO BANCO CENTRAL EM GOVERNOS EMISSORES DE SUA MOEDA

Para uma melhor explicação, é preciso abordar como se dá a relação entre Tesouro e Banco Central, considerando governos emissores de sua própria moeda. Conforme a figura 1, a Conta Única do Tesouro – CUT é um passivo do Banco Central. Se o Tesouro efetua pagamentos, por exemplo, em favor dos beneficiários do auxílio emergencial, reduz-se o saldo da CUT e, em contrapartida, credita-se o mesmo valor na conta bancária do beneficiário. Com isso, ampliam-se as reservas bancárias, que compõem a base monetária. Esta também é um passivo do Banco Central. Isto é, transforma-se um passivo não monetário (CUT) em passivo monetário, demonstrando-se que déficits públicos implicam aumento de renda do setor privado, sob a forma de criação da moeda estatal.

A criação de dinheiro é uma operação contábil, não sendo necessariamente precedida de arrecadação. Se, ao fim do processo, o governo colocou mais recursos na economia (gastos) do que retirou (tributos), haverá aumento da riqueza privada, que será alocada em títulos públicos ou mantida como moeda (o excesso de moeda pode ser absorvido, caso haja aumento da demanda por ela), dependendo das preferências dos agentes econômicos. Reitera-se que os saques da CUT geram renda às famílias e empresas, com efeitos multiplicadores e ampliação da arrecadação (ou seja, contrariando o senso comum, a despesa pública gera um fluxo de renda que leva ao aumento de arrecadação).

**FIGURA 1 - BALANÇO PATRIMONIAL DO BANCO CENTRAL**

Ativo	Passivo e patrimônio líquido
Títulos públicos federais	Passivo
Reservas internacionais	Conta Única do Tesouro
Outros	Operações compromissadas
	Depósitos de bancos
	Meio circulante
	Dívida externa
	Outros
	Patrimônio líquido

Fonte: Banco Central

Se, no início do processo, os recursos foram alocados na CUT por meio de emissão de dívida, há redução das reservas bancárias (utilizadas para compra dos títulos do Tesouro) e o Banco Central compra títulos dos bancos (operações compromissadas) para reconstituir a liquidez da economia (sem a qual a taxa básica de juros subiria, dada a redução das reservas bancárias). Ou seja, ainda que indiretamente, o Banco Central está financiando o Tesouro Nacional.

Dado o poder do Banco Central de agir para perseguir a meta de juros, não há risco de default para a dívida soberana (emitida em moeda local), já que os agentes preferirão comprar títulos junto ao BCB (voltados ao enxugamento da liquidez excessiva) a ficar com moeda, que não rende juros. Numa hipótese extrema, se os agentes não desejam comprar ou rolar a dívida, o Tesouro resgata os títulos com recursos da CUT, gerando excesso de liquidez no mercado de reservas bancárias e retomando o mesmo processo: o BCB, perseguindo sua meta de juros, vende títulos para dar liquidez ao mercado. Deste modo, a dívida pública volta ao mesmo patamar (a redução da dívida do Tesouro foi compensada por operações de venda de títulos ao mercado pelo Banco Central).

Importa assinalar este mecanismo de relação Tesouro-BCB com vistas a entender que o nível de endividamento do Brasil não é em si mesmo uma restrição ao financiamento dos gastos de saúde, tendo em vista que a dívida brasileira é liquidada predominantemente em moeda que o país emite. Além do exposto, há fatores conjunturais que afastam qualquer necessidade de um ajuste fiscal abrupto no curto prazo: a) juros internos baixos, reduzindo o custo da dívida; b) taxa de juros de curto prazo norte americana deve se manter em torno de zero até 2022, reduzindo riscos de uma saída de capitais e de choque de juros e câmbio; c) Tesouro pode se valer do lucro cambial das reservas internacionais, reduzindo pressão do mercado por aumento das taxas dos títulos longos; d) setor público dispõe de ativos (reservas internacionais), suavizando a trajetória da dívida líquida; e) com a crise, aumentou a quantidade de papel moeda em poder do público. Desta maneira, parcela do aumento do déficit público não se converteu em dívida (como não virou reserva bancária, não precisou ser enxugada pelo Banco Central por meio de operações compromissadas), mas em base monetária, que é um passivo com custo zero para o Banco Central.

Importante também observar que não há evidências de uma relação direta entre aumento da dívida e das taxas de juros. Após a crise de 2008, a dívida pública se ampliou consideravelmente nos países desenvolvidos, tendo havido redução das taxas de juros dos títulos de suas dívidas, chegando-se, inclusive, a taxas nominais negativas.

De todo modo, a ampliação continuada da dívida pode levar a maior pressão por ampliação das taxas de juros (especialmente as de prazo mais longo) por parte dos detentores de títulos, levando ao aumento de transferências aos proprietários de riqueza sob a forma financeira, com efeitos indesejáveis do ponto de vista da distribuição de renda.

Assim, o endividamento em moeda nacional é uma opção viável, desde que suspensas ou mudadas as regras fiscais vigentes, para ampliação dos gastos sociais no Brasil, não apenas para combater a pandemia e seus efeitos, como para induzir a recuperação pós-pandemia. Por outro lado, o financiamento por dívida pode ser complementado por uma reforma tributária que implique uma carga mais concentrada em renda e patrimônio, que são pouco tributados no Brasil em comparação ao resto do mundo. Desta forma, o país avançaria na redistribuição de renda e riqueza e constituiria fontes estruturais de financiamento do gasto social (via tributos), contando emergencialmente com a ampliação da dívida como instrumento de atendimento às demandas sociais, inclusive em razão da pandemia e seus efeitos econômicos e sociais.

Diante das referidas condições extraordinárias para emissão de dívida soberana e da suspensão das regras fiscais, foi possível em 2020 utilizar os saldos financeiros da CUT e, especialmente, elevar a dívida, financiando emergencialmente os gastos públicos. **O exposto até aqui aponta que o problema do financiamento às políticas públicas no Brasil não resulta da falta de recursos, mas da sobreposição de regras fiscais restritivas.** Ou seja, os limites fiscais são autoimpostos pelas regras fiscais e não indicam uma restrição financeira incontornável. Isso não apenas pela conjuntura econômica relacionada às taxas de juros internas e externas baixas e à posse de ativos em moeda forte pelo setor público, mas pelo fato de que o país tem dívida pública na moeda que emite, de modo que todos os pagamentos relativos à dívida podem ser devidamente realizados. Isto é, o governo não sofre as restrições fiscais típicas das famílias e firmas (ou de governos endividados em moeda estrangeira)<sup>9</sup>, sendo capaz de ampliar o gasto público, o que implica criação de moeda emitida pelo próprio Estado.

---

9. Este ponto tem sido enfatizado por autores ligados à corrente da Economia conhecida como Modern Monetary Theory.

## LINKS RECOMENDADOS

- **Observatório LASCOL no Instragam - post:**  
<https://www.instagram.com/p/CLxQq83nFMg/>
- **Desafios estruturais do SUS diante da pandemia, com ênfase na mudança das regras fiscais:**  
<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559/pdf>
- **Perdas do SUS com a EC 95:**  
<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>

# CAPÍTULO 4

---

Alternativas de regras de gasto  
para 2021 e seus impactos sobre  
as despesas federais do SUS



# INTRODUÇÃO

Como nota introdutória, é fundamental chamar atenção para o fato de que, em meio à redação deste Produto, o Congresso Nacional está tomando as decisões estratégicas relacionadas ao orçamento de 2021. Por um lado, há indicações de que a tramitação do orçamento será acelerada, por outro, o Presidente do Senado sinaliza a votação de Proposta de Emenda à Constituição que lidará com regras fiscais e retomada do auxílio emergencial em 2021. Neste contexto, é fundamental discutir e propor saídas emergenciais para o financiamento do SUS.

## O ORÇAMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA EM 2021

Em 2020, o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde - ASPS foi ampliado com a já discutida suspensão das regras fiscais e autorização de despesas fora do teto de gasto por meio de créditos extraordinários, viabilizadas pelo estado de calamidade e a promulgação da EC 106/2020 (“orçamento de guerra”).

Parcela do aumento de gastos foi alocada no Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia (a avaliação do orçamento extraordinário de saúde foi realizada no Produto 1). O gráfico 1 mostra que foram empenhados no orçamento para ASPS R\$ 161 bilhões em 2020.

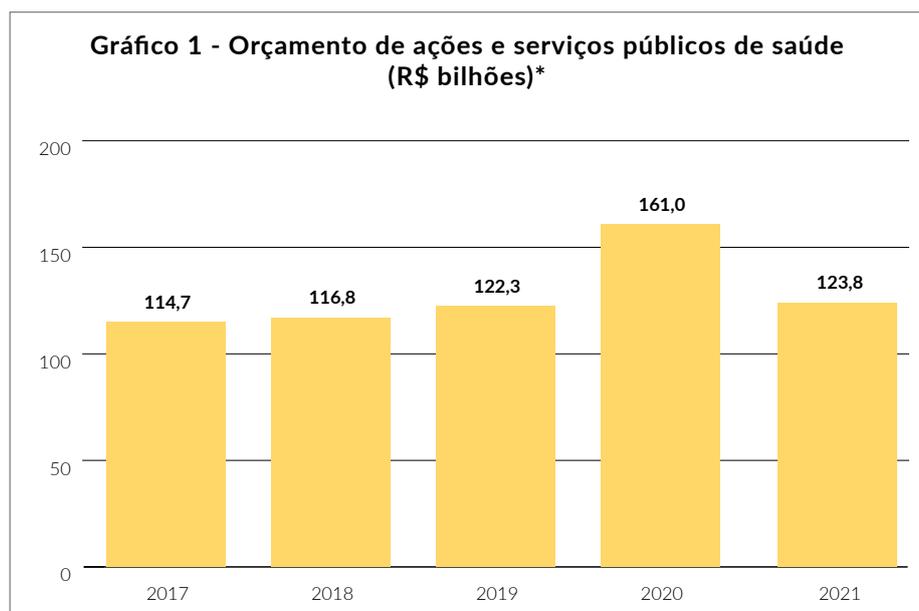
Portanto, com a retomada das regras fiscais, o orçamento federal ASPS será reduzido em R\$ 37 bilhões, comparando-se o valor empenhado em 2020 com os recursos do PLOA 2021.

Outro aspecto que vale assinalar é que os valores autorizados em 2020, considerando os créditos extraordinários, foram de R\$ 183,6 bilhões. Deste total, R\$ 21,6 bilhões se referem a créditos extraordinários reabertos em 2021, conforme previsão constitucional. O valor se refere à vacinação contra a COVID-19, envolvendo os pagamentos ao Covax Facility (R\$ 1,68 bilhão), fundo global coordenado pela OMS e Unicef, e a MP 1.1015 (R\$ 19,9 bilhões), que autorizou recursos para vacinação em dezembro de 2020. As MPs foram editadas sob o amparo do estado de calamidade, que durou até dezembro de 2020.

Deste modo, além dos valores do PLOA, há a disponibilidade de dotações orçamentárias referentes à reabertura do saldo de créditos extraordinários. No caso da MP 1.015, quase todo o valor autorizado em 2020 foi reaberto em 2021, sinalizando que a MP foi editada com a finalidade de garantir recursos para vacinação em 2021, já que, diante da EC 95, não havia como absorver valores adicionais ao orçamento.

Inclusive, diante da reabertura do crédito, houve alteração da meta de resultado primário de 2021 para absorver os gastos com vacinação, que devem ocorrer no presente exercício. Do ponto de vista legal, é questionável se cabia a edição de MP para a vacinação, dado que a execução ocorrerá quase integralmente em 2021. Afinal, a alteração da meta de resultado primário para 2021, diante dos gastos adicionais com vacinação, sinaliza que a despesa não é imprevisível (o que seria um dos requisitos para edição de MP). Uma vez que o PLOA 2021 não está aprovado, os gastos previstos com vacinação poderiam compor as dotações ordinárias. No entanto, é impossível absorver a despesa adicional, tendo em vista o teto de gasto.

O exposto até aqui não visa a questionar a garantia de recursos para vacinação, fundamental para avançar no combate à COVID-19. O ponto é que a edição da MP em 2020 com reabertura do crédito em 2021 (não contabilizado no teto) mostra que a EC 95 sequer abre espaço para a vacinação da população, demandando que os recursos fossem autorizados em 2020, durante o estado de calamidade. Neste sentido, seria mais transparente rediscutir as regras fiscais e seus impactos sobre a capacidade estatal de combater a pandemia. Inclusive porque há outras demandas de enfrentamento à pandemia não contempladas na proposta orçamentária, conforme será visto a seguir.



\* Fonte: Siop. Não considera recursos do royalties e reposição de RAP. Entre 2017 e 2020, empenho. Para 2021, PLOA. Para 2021, não inclui créditos reabertos referentes à vacinação, de R\$ 21,6 bilhões.

Comparando-se os valores do PLOA 2021<sup>1</sup> com a LOA inicial de 2020<sup>2</sup>, percebe-se que a proposta orçamentária ASPS do governo federal tem redução de 1,1%. Mesmo cotejando o projeto orçamentário de 2020 (R\$ 121,46 bilhões) e o de 2021, o crescimento nominal em 2021 é de 2%, abaixo da inflação oficial (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA), que ficou em 4,52% em 2020, e até do IPCA corretor do teto (acumulado de doze meses até junho de 2020), que foi de 2,13%. Conforme exposto no Produto 2, a redução real de orçamento ASPS é produto da combinação entre congelamento do teto aplicado às despesas primárias e do piso de saúde.

1. Proposta orçamentária do governo federal.

2. Valores inicialmente aprovados pelo Congresso Nacional para o orçamento, sem créditos adicionais.

É importante desagregar a análise, observando os dados das principais ações do orçamento ASPS do Ministério da Saúde, considerando os valores do PLOA 2021 e LOA 2020. Os dados estão na Tabela 1, que traz as ações de maior dotação no PLOA 2021, somando R\$ 117,8 bilhões (95% do orçamento ASPS).

TABELA 1 - ORÇAMENTO FEDERAL ASPS (R\$) - LOA 2020 X PLOA 2021*				
Ação	2020	2021	Var nominal	Var %
Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	49.468.287.204	50.922.547.558	1.454.260.354	2,9%
Piso de Atenção Primária à Saúde	19.420.000.000	20.065.440.000	645.440.000	3,3%
Emendas impositivas	7.331.758.265	7.289.920.533	-41.837.732	-0,6%
Ativos Civis da União	6.555.687.946	7.209.635.695	653.947.749	10,0%
Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da Disponibilização de Medicamentos do Componente Especializado	6.234.000.000	6.980.000.000	746.000.000	12,0%
Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças	4.903.017.433	5.378.000.000	474.982.567	9,7%
Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde	3.493.000.000	2.764.200.000	-728.800.000	-20,9%
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde	2.712.800.000	2.674.000.000	-38.800.000	-1,4%
Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade	2.040.000.000	2.040.000.000	-	0,0%
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde	1.883.500.000	1.905.300.000	21.800.000	1,2%
Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais	1.880.532.167	1.830.000.000	-50.532.167	-2,7%
Educação e Formação em Saúde	1.178.554.000	1.581.005.000	402.451.000	34,1%
Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas	1.455.400.000	1.539.700.000	84.300.000	5,8%

**TABELA 1 - ORÇAMENTO FEDERAL ASPS (R\$) - LOA 2020 X PLOA 2021\***

Ação	2020	2021	Var nominal	Var %
Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena	1.370.200.000	1.454.000.000	83.800.000	6,1%
Contribuição da União, de suas Autarquias e Fundações para o Custeio do Regime de Previdência dos Servidores Públicos Federais	1.082.264.300	1.202.583.382	120.319.082	11,1%
Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde – Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação	1.099.200.000	1.095.000.000	-4.200.000	-0,4%
Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde	1.043.904.901	1.065.100.000	21.195.099	2,0%
Administração da Unidade	736.192.000	832.282.000	96.090.000	13,1%
Outros	11.346.060.298	6.000.050.857	-5.346.009.441	-47,1%
<b>TOTAL</b>	<b>125.234.358.514</b>	<b>123.828.765.025</b>	<b>-1.405.593.489</b>	<b>-1,1%</b>

\* Não considera royalties e reposição de RAP. Para 2020, dotações líquidas das emendas impositivas, que estão em rubrica própria. Fonte: Siop. Consulta em 12 fev. 2020. Elaboração própria.

Do ponto de vista do volume de orçamento, a principal ação do Ministério da Saúde é a Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, cuja dotação aumentou 2,9% entre 2020 e 2021. O reajuste nominal está muito abaixo do IPCA de 2020. Desta forma, não é possível, por exemplo, habilitar serviços já abertos pelos entes e que não contam com financiamento federal ou viabilizar a abertura de novos serviços.

Na medida em que ocorra aumento de custo dos serviços de saúde de média e alta complexidade não acompanhado pelo orçamento da União, estados e municípios tendem a financiar parcela crescente das despesas. No entanto, entes subnacionais dependem da arrecadação de receitas e das transferências da União, já que, diferente da União, não emitem dívida soberana. Isto é, o peso crescente dos gastos de saúde sobre estados e municípios pode implicar restrições crescentes da oferta de serviços, em meio ao aumento de demanda ocasionado pela pandemia e seus impactos.

Em relação ao piso de atenção primária em saúde, o crescimento nominal entre 2020 e 2021 foi de 3,3%, também abaixo do IPCA de 2020 (embora acima do IPCA que reajustou o teto de gasto). Outro ponto é que, para 2021, já não há recursos de transição para a nova política de atenção básica, o que poderá levar à perda de recursos por milhares de municípios em função dos parâmetros adotados.

Vale destacar que as seguintes ações sofrem redução nominal de orçamento: Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde (dentro da qual está o Programa Mais Médicos), Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a

Vigilância em Saúde e Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais.

Além disso, o Farmácia Popular (Sistema de Gratuidade) permanecerá com o mesmo orçamento em relação a 2020.

Importa assinalar que as emendas impositivas – individuais e de bancada – têm previsão orçamentária de R\$ 7,28 bilhões em 2021 (praticamente o mesmo patamar da LOA 2020) e são contabilizadas no piso de aplicação de saúde. Assim, agrava-se o quadro de financiamento do SUS, sobretudo porque ações programáticas do Ministério da Saúde que não recebem recursos de emendas têm espaço fiscal ainda mais reduzido, já que as emendas consomem 6% do piso congelado de ASPS.

Por fim, salvo os créditos extraordinários de 2020 reabertos no presente exercício, **não há recursos extraordinários para enfrentamento da pandemia em 2021**. Mesmo diante dos números crescentes da pandemia, não há previsão de dotação para a ação de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus, na qual foram alocados os recursos extraordinários de 2020.

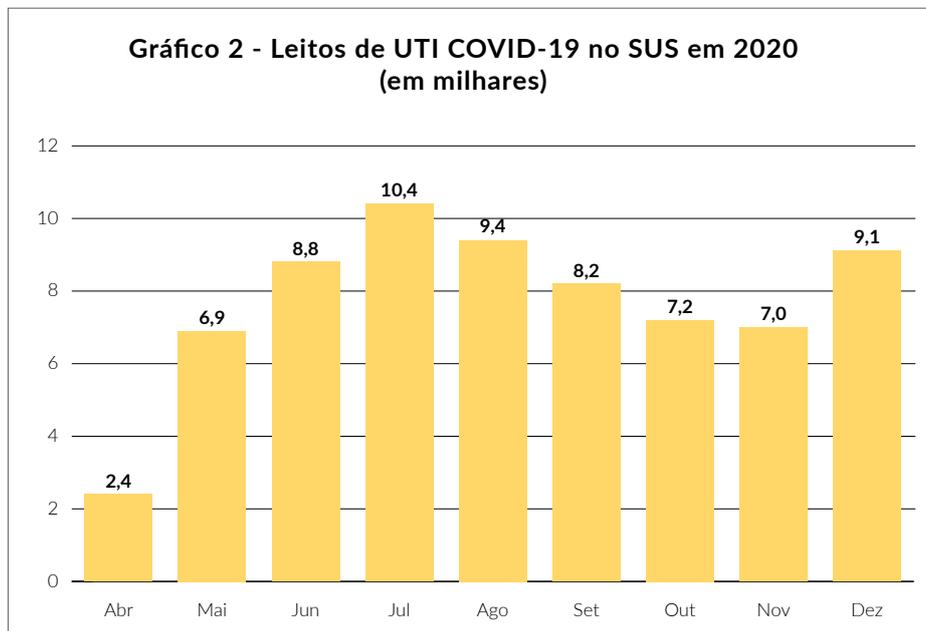
A redução da disponibilidade orçamentária se deve à retomada das regras fiscais em 2021 e inviabiliza o atendimento a uma série de demandas de saúde, destacando-se as seguintes:

- a) demandas represadas por procedimentos referentes a 2020;
- b) habilitações de serviços abertos pelos entes mas que ainda não contam com recursos federais;
- c) aquisição de insumos de saúde com baixa disponibilidade (por exemplo, medicamentos de UTI) e elevação de preços;
- d) manutenção e ampliação dos leitos de UTI COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde, que passaram de 12 mil em dezembro de 2020 para 3,2 mil em fevereiro de 2021<sup>3</sup>. Sem a aprovação de recursos extraordinários, não há como a União apoiar a manutenção e a abertura de novos leitos SUS de UTI-COVID;
- e) eventuais recursos para vacinação acima dos créditos reabertos em 2020;
- f) recursos para apoio aos laboratórios oficiais na transferência de tecnologia de saúde, valendo lembrar que a pandemia reforçou a dependência externa de insumos.

Em relação à letra d, o gráfico 2 mostra a redução dos leitos de UTI-COVID 19 do SUS entre julho e novembro de 2020, passando de 10,4 mil para 7 mil, mesmo com o aumento do número de casos. No referido período, a cada três leitos abertos, um foi desativado.

3. <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-habilitacao-de-leitos-de-uti-para-covid-19/>.

Em dezembro de 2020, os leitos voltaram a aumentar para 9 mil, ainda abaixo do número de julho. Quando observada a redução dos leitos habilitados pelo Ministério da Saúde (citada anteriormente), reforça-se a tese de forte risco de restrição de oferta de serviços no contexto de aumento da demanda, tendo em vista as dificuldades financeiras dos entes subnacionais manterem os leitos sem apoio federal.



Fonte: DataSUS. Consulta em 15-2. Elaboração própria.

Em relação à letra *f*, convém lembrar que outras despesas não associadas ao Ministério da Saúde, mas estratégicas para o estímulo à pesquisa e à inovação no âmbito do complexo econômico-industrial de saúde, também são fortemente afetadas pela retomada das regras fiscais. É o caso do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que, no PLOA 2021, tem 90% de suas despesas esterilizadas em reserva de contingência (R\$ 4,8 bilhões, de uma dotação de R\$ 5,35 bilhões).

Ante o exposto, na próxima seção serão desenhados dois cenários com hipóteses de mudanças nas regras de gasto e seus impactos sobre o SUS.

# CENÁRIOS PARA REGRAS DE GASTO E SEUS IMPACTOS SOBRE O SUS EM 2021

Tendo em vista o aumento da demanda por serviços de saúde, seria razoável a aprovação de um piso emergencial para os gastos federais de saúde, inclusive em razão da reduzida capacidade de entes subnacionais ampliarem seus gastos num contexto de crise econômica e impacto sobre a arrecadação tributária. Conforme já visto no Produto 2, apenas a União é capaz de emitir dívida soberana e não requer arrecadação prévia para realizar gastos. Com o fim do orçamento de guerra, estados e municípios não mais receberão transferências federais para compensar perdas de arrecadação, tampouco haverá repasses específicos para o combate à pandemia, suportados pela suspensão das regras fiscais, que foram retomadas em 2021.

Em outros termos, o quadro atual combina aumento de demanda por serviços de saúde com redução do financiamento do SUS, criando-se o risco de uma crise sanitária, com fortes restrições à oferta de serviços.

Para mitigar os riscos do cenário acima apresentado, com despesas de saúde no piso congelado da EC 95 (nos termos do PLOA 2021), são apresentados basicamente dois cenários para ampliação de despesa, viabilizando gastos diretos da União e transferências aos entes para financiar a manutenção e expansão de leitos de UTI COVID, aquisição de insumos de saúde, como equipamentos de proteção individual e medicamentos de UTI, processos de transferência de tecnologia, contratação de profissionais de saúde, entre outros. Os cenários têm em comum a base de partida, que são os recursos empenhados em 2020, de modo a manter os valores extraordinariamente autorizados para combate à pandemia, diante do número crescente de óbitos e casos em 2021.

## ***Cenário 1: manutenção, em termos nominais, dos valores empenhados em 2020***

Em 2020, foram empenhados R\$ 161 bilhões em ações e serviços públicos de saúde. Tendo em vista o patamar elevado e crescente de casos de Covid-19, este primeiro cenário prevê manutenção em 2021 do recurso aplicado em 2020, de R\$ 161 bilhões. Fundamentalmente, este cenário recuperaria as perdas nominais de recursos, considerando o PLOA 2021 e os valores aplicados em ASPS em 2020.

## ***Cenário 2: valores empenhados em 2020 + IPCA 2020***

Outra opção seria um piso emergencial com base nos recursos empenhados em 2020, atualizados pelo IPCA do exercício passado (4,52%). A inflação acelerou no segundo semestre de 2020 e o IPCA que reajusta o teto (de doze meses, acumulado até junho de 2020) não captou a maior parte da elevação de preços.

Por esta razão, seria importante atualizar o orçamento de saúde pela inflação fechada do ano, sobretudo considerando o aumento dos preços de insumos de saúde e seu impacto sobre o orçamento de estados e municípios. A fórmula resultaria em um mínimo obrigatório de R\$ 168,3 bilhões, próximo ao valor defendido em petição pública pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>3</sup>.

A tabela 2 traz a síntese dos dois cenários apresentados.

TABELA 2 – CENÁRIOS DE AMPLIAÇÃO DOS VALORES APLICADOS EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO PLOA 2021 E AO RECURSO APLICADO EM 2020 (R\$ BILHÕES)			
Cenários de proposta piso 21	Proposta piso 21	Proposta piso 21 - PLOA 21	Proposta piso 21 - Empenho 20
<b>Cenário 1:</b> piso equivalente aos valores empenhados em 2020	161	37,2	0
<b>Cenário 2:</b> valores empenhados em 2020 + IPCA 2020 (4,52%)	168,3	44,5	7,3

Fonte: Siop e IBGE (estimativas da população e IPCA). Elaboração própria.

Duas observações são fundamentais para a proposição de cenários relacionados ao financiamento federal do SUS em 2021. Primeiro, não há espaço fiscal para ampliação dos gastos sem a suspensão/revogação das atuais regras fiscais. Neste sentido, uma suspensão temporária das regras requereria a decretação do estado de calamidade e a retomada da EC 106/2020 (solução adotada em 2020) ou a aprovação de uma Emenda à Constituição que previsse a flexibilização fiscal em 2021 (como o teto de gasto e a regra de ouro são constitucionais, é necessária alteração à Constituição)<sup>4</sup>.

Outro ponto fundamental é que os R\$ 21,6 bilhões de créditos extraordinários de 2020 reabertos para a vacina em 2021, uma vez empenhados, serão contabilizados no mínimo obrigatório de 2021. Isso porque os recursos são classificados como ações e serviços públicos de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012. Deste modo, dentro dos valores adicionais ao PLOA 2021 (Proposta piso 21 – PLOA 21 na tabela 2), já seriam considerados R\$ 21,6 bilhões e o saldo restante poderia ser destinado a novas despesas para combate à pandemia. Por exemplo, no cenário 1, dos R\$ 37,2 bilhões adicionais, R\$ 21,6 bilhões seriam referentes aos créditos reabertos da vacinação e R\$ 15,6 bilhões, às demais ações. Os recursos da vacinação não contabilizariam no piso de aplicação de saúde apenas se houvesse disposição legal explícita em contrário.

3. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-voce-vai-deixar-o-sus-perder-mais-r-35-bilhoes-em-2021>.

4. Conforme exposto anteriormente, a tese da edição de créditos extraordinários para despesas adicionais de combate à pandemia é juridicamente questionável, já que parece não estar presente o requisito da imprevisibilidade.

## CONCLUSÕES

Com a retomada das regras fiscais em 2021, há uma perda de recursos para o SUS de R\$ 37 bilhões, resultante da diferença entre os valores ASPS empenhados em 2020 e o PLOA 2021, encaminhado no piso congelado da EC 95. A perda ocorre no contexto de aumento de demandas para o SUS e ampliação de casos de COVID-19. A redução de financiamento do SUS em 2021 implicará fortes restrições à oferta de serviços, sobretudo considerando as limitações financeiras dos entes subnacionais em meio à crise econômica e sanitária em curso.

Conforme demonstrado na tabela 1, em 2021, não há recursos específicos para enfrentamento da pandemia (salvo os créditos reabertos para vacinação) e diversas dotações sofrem decréscimo nominal ou real.

# PROPOSTAS

Propor piso emergencial para despesas federais ASPS em 2021, considerando os cenários descritos na Tabela 2 e as demandas por mais recursos de saúde, especialmente:

- a) demandas represadas por procedimentos referentes a 2020;
- b) habilitações de serviços abertos pelos entes mas que ainda não contam com recursos federais;
- c) aquisição de insumos de saúde com baixa disponibilidade (por exemplo, medicamentos de UTI) e elevação de preços;
- d) manutenção e ampliação dos leitos de UTI COVID-19 habilitados pelo Ministério da Saúde, que passaram de 12 mil em dezembro de 2020 para 3,2 mil em fevereiro de 2021;
- e) eventuais recursos para vacinação acima dos créditos reabertos em 2020;
- f) recursos para apoio aos laboratórios oficiais na transferência de tecnologia de saúde, valendo lembrar que a pandemia reforçou a dependência externa de insumos.

## LINKS RECOMENDADOS

- **Entrevista - Orçamento para 2021 prevê redução de verba para a Saúde:**  
<https://www.youtube.com/watch?v=op2hcq-4SJk>
- **Petição do CNS do piso emergencial:**  
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-o-sus-merece-mais-em-2021-cns-reivindica-manutencao-de-piso-emergencial-no-valor-de-r-168-7-bilhoes>
- **Matéria sobre redução de leitos:**  
<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-02-05/ministerio-da-saude-reduz-pela-metade-os-leitos-de-uti-para-covid-19-custeados-pela-pasta-em-fevereiro.html>
- **Matéria sobre falta de recursos para Covid em 2021:**  
<https://www.poder360.com.br/coronavirus/governo-nao-reservou-dinheiro-para-o-combate-a-covid-em-2021-diz-tcu/>



# CAPÍTULO 5

---

Cenários prospectivos para o  
financiamento do SUS

# INTRODUÇÃO

Tendo em vista a evolução do quadro social e sanitário em 2021, o produto 3 abordou os impactos da retomada das regras fiscais sobre o financiamento federal do Sistema Único de Saúde, em meio ao aumento de demandas por serviços de saúde e ao recrudescimento da pandemia. Particularmente, foram construídos cenários emergenciais para o exercício de 2021, mitigando os impactos das regras fiscais restritivas sobre o SUS. O produto 4 elaborará cenários prospectivos estruturais para o financiamento do SUS, com diversas hipóteses de mudanças nas regras de investimento mínimo no orçamento federal de saúde, tendo em vista as necessidades de saúde da população e os fatores de pressão sobre o SUS, como a transição epidemiológica e demográfica, a incorporação tecnológica e o crescimento populacional. A reorganização dos produtos 3 e 4 conferirá uma ordem lógica mais adequada à pesquisa, tratando, respectivamente, das questões emergenciais e estruturais do financiamento do SUS, preservando-se todos os itens inicialmente constantes dos referidos produtos.

## CENÁRIOS PROSPECTIVOS PARA O FINANCIAMENTO DO SUS

Serão apresentados diferentes cenários do financiamento federal do SUS, considerando diversas opções de regras de aplicação mínima em saúde, com valores estimados entre 2021 e 2036 (previsão de vigência do Novo Regime Fiscal, conforme a EC 95). Vale enumerar os cenários:

- Piso congelado da EC 95 (correção pelo IPCA de 12 meses).
- Retomada da Emenda Constitucional nº 29 (empenhado + variação nominal do PIB do ano anterior), com base nos valores de 2021 (PLOA 2021 + créditos reabertos das vacinas + MP 1.032/2021).
- Retomada da Emenda Constitucional nº 86 (15% da RCL).
- Piso atualizado pelo IPCA de 12 meses + crescimento populacional do ano anterior.
- Piso atualizado pelo IPCA de 12 meses + crescimento da população idosa do ano anterior.

Os cinco cenários serão apresentados em termos nominais, como proporção do PIB, como proporção da RCL, em termos reais e reais per capita.

Antes de passar aos cenários propriamente ditos, convém reforçar a relevância do debate sobre regras fiscais e seus impactos sobre o SUS. Nos produtos anteriores, foi visto que o arcabouço fiscal implica redução do financiamento do SUS, sobretudo diante da EC 95 (congelamento do piso de aplicação de saúde e das despesas globais em função do teto de gastos). Outro aspecto que convém lembrar se refere à relação entre

qualidade do gasto e austeridade. Os defensores do teto de gasto costumam alegar que a vedação ao crescimento real do gasto induziria uma alocação mais eficiente dos recursos, considerando as principais demandas da população por serviços públicos.

No entanto, nos primeiros anos do Novo Regime Fiscal, não apenas houve redução do orçamento de saúde (conforme visto anteriormente, em termos reais per capita e como proporção da RCL), mas também o setor passou a representar menor percentual das despesas primárias totais da União (passando de 7,5% para 6,9% entre 2017 e 2021, conforme a tabela 1).

TABELA 1 - DESPESAS PRIMÁRIAS TOTAIS E DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (R\$ E %)			
Ano	Despesas primárias - A	Despesas primárias ASPS - B	B/A
2014	1.254.083.439.840	90.966.448.586	7,3%
2015	1.339.731.165.377	99.109.172.549	7,4%
2016	1.450.284.152.472	105.363.728.228	7,3%
2017	1.514.899.387.140	113.878.017.203	7,5%
2018	1.607.530.568.985	116.156.716.790	7,2%
2019	1.730.491.685.210	122.898.426.877	7,1%
2020	1.756.397.090.884	124.152.094.214	7,1%
2021	1.788.235.025.677	123.355.501.979	6,9%

\* Entre 2014 e 2019, empenho. Para 2020, LOA (não considera recursos extraordinários para combate à pandemia). Para 2021, PLOA.

A tabela 2 traz a estimativa de valores nominais ASPS para cada cenário descrito.

A análise dos valores nominais para cada cenário é suficiente para demonstrar que a manutenção do orçamento congelado ASPS até 2036 implica forte perda para o SUS, já que o orçamento sequer seria atualizado pelo crescimento populacional. Em valores nominais, a diferença entre o piso da EC 95 e o orçamento reajustado pela inflação e pelo crescimento populacional, supera R\$ 600 bilhões. Se fosse retomada a indexação da despesa de saúde à RCL, estima-se que o SUS deixaria de perder R\$ 560 bilhões até 2036 em relação ao piso congelado da EC 95.

**TABELA 2 – CENÁRIOS PARA O ORÇAMENTO FEDERAL DE AÇÕES  
E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS (R\$)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	123.828.000.000	148.291.000.000	120.673.500.000	148.291.000.000	148.291.000.000
2022	128.11.980.000	159.113.065.235	128.773.005.690	154.613.289.050	159.240.630.943
2023	132.647.649.300	169.792.602.808	136.583.243.320	161.158.188.618	170.934.852.794
2024	137.290.317.026	180.090.728.324	144.857.832.309	167.928.992.834	183.376.145.231
2025	142.095.478.121	191.001.120.562	153.843.411.742	174.931.705.714	196.552.230.320
2026	147.068.819.856	202.848.983.485	163.384.690.343	182.172.682.995	210.458.853.991
2027	152.216.228.551	215.429.559.042	173.518.207.237	189.657.002.536	225.134.764.708
2028	157.543.796.550	228.791.025.599	184.280.501.546	197.389.733.679	240.626.011.491
2029	163.057.829.429	242.981.561.519	195.709.634.857	205.375.848.997	256.918.211.999
2030	168.764.853.459	258.051.352.601	207.848.236.147	213.621.161.738	273.976.220.156
2031	174.671.623.330	274.056.606.936	220.739.716.270	222.132.317.850	291.790.468.961
2032	180.785.130.147	291.054.563.553	234.430.771.423	230.914.993.607	310.395.458.953
2033	187.112.609.702	309.106.793.344	248.970.994.068	239.974.137.825	329.798.183.834
2034	193.661.551.041	328.278.686.048	264.413.052.565	249.315.981.282	350.151.085.615
2035	200.439.705.328	348.639.687.105	280.812.881.953	258.947.234.941	371.701.164.423
2036	207.455.095.014	370.263.549.205	298.229.886.556	268.874.549.530	394.641.483.170
Total	2.596.800.666.854	3.917.790.885.366	3.157.069.566.025	3.265.298.821.197	4.113.986.766.589

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Convém lembrar que, para 2021, não é realista a hipótese de alteração nas regras fiscais. Para o presente exercício, seria mais factível a adoção de um piso emergencial, o que pode ser viabilizado, na prática, pela decretação de calamidade, prevista na EC 109 e na Lei de Responsabilidade Fiscal. O reconhecimento do estado de calamidade suspenderia a regra de ouro e a meta de resultado primário, bem como viabilizaria a edição de créditos extraordinários, que não são contabilizados no teto de gasto.

Mesmo a retomada da EC 29 a partir de 2022 (partindo dos valores empenhados em 2021 + variação nominal do PIB de 2021) é um cenário mais favorável do que a manutenção do piso congelado da EC 95. Isso porque o valor empenhado em 2021 está majorado por créditos extraordinários editados em 2020 (e reabertos em 2021) e em 2021. Além disso, as hipóteses adotadas envolvem a variação nominal do PIB positiva a partir de 2021.

Convém lembrar que novas crises econômicas implicarão redução da variação nominal do PIB, com impactos negativos sobre o orçamento ASPS. Isto é, a indexação do gasto de saúde a variáveis econômicas implica que o orçamento de saúde tende a ser limitado quando há desaceleração da atividade econômica. Inclusive, o cenário de retomada da EC 86 expressa este ponto. Dada a fraca recuperação da economia, a adoção da EC 86 (piso da saúde seria de 15% da RCL) em 2021 levaria o orçamento ASPS a ficar

abaixo dos valores congelados pela EC 95. Para 2022, os valores ficariam próximos aos previstos na EC 95. Caso não haja recuperação da atividade econômica, os valores da RCL poderiam ser ainda menores do que os estimados, com impactos negativos sobre o financiamento do SUS.

A adoção de piso federal para ASPS indexado ao crescimento da população idosa + IPCA de 12 meses implicaria que o orçamento de saúde cresceria não apenas para repor a inflação, mas também o crescimento da população com 60 anos ou mais. Conforme afirmado em produto anterior, as regras fiscais na União Europeia, para citar exemplo relevante, envolvem a busca por resultados fiscais que descontam o impacto do envelhecimento populacional sobre os gastos públicos.

Uma maneira de fazê-lo, no caso brasileiro, seria justamente prever a correção do piso de aplicação de saúde pelo crescimento da população idosa, não contabilizando esta variação para efeito de cumprimento dos resultados fiscais. Nesta hipótese, entre 2021 e 2036, haveria cerca de R\$ 1,5 trilhão a mais para o orçamento de saúde, em termos nominais.

A tabela 3 traz os valores para cada cenário como proporção do PIB.

TABELA 3 – CENÁRIOS PARA O ORÇAMENTO FEDERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS (% DO PIB)					
Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	1,55%	1,86%	1,51%	1,86%	1,86%
2022	1,50%	1,87%	1,51%	1,81%	1,87%
2023	1,47%	1,88%	1,51%	1,78%	1,89%
2024	1,43%	1,88%	1,51%	1,75%	1,91%
2025	1,39%	1,87%	1,51%	1,72%	1,93%
2026	1,36%	1,87%	1,51%	1,68%	1,95%
2027	1,32%	1,87%	1,51%	1,65%	1,96%
2028	1,29%	1,87%	1,51%	1,62%	1,97%
2029	1,26%	1,87%	1,51%	1,58%	1,98%
2030	1,23%	1,87%	1,51%	1,55%	1,99%
2031	1,19%	1,87%	1,51%	1,52%	2,00%
2032	1,16%	1,87%	1,51%	1,49%	2,00%
2033	1,13%	1,87%	1,51%	1,46%	2,00%
2034	1,11%	1,87%	1,51%	1,42%	2,00%
2035	1,08%	1,87%	1,51%	1,39%	2,00%
2036	1,05%	1,87%	1,51%	1,36%	2,00%

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

A tabela 3 ilustra as perdas da EC 95 para o SUS. Mantido o piso congelado do Novo Regime Fiscal, as despesas do SUS passariam de 1,55% para 1% do PIB entre 2021 e 2036. Se retomada a EC 29 (base 2020) ou fosse adotada a regra de piso dado pelo

crescimento da população idosa, as despesas federais de saúde girariam em torno de 2% do PIB. Vale lembrar que, desde a EC 29, as despesas federais de saúde estão em torno de 1,6% do PIB.

A maior vantagem da indexação do piso ao crescimento da população idosa seria isolar o financiamento do SUS de crises econômicas. Assim, ainda que houvesse frustração da RCL ou do PIB em relação às expectativas, o gasto do SUS manteria a trajetória de crescimento, no mínimo, para absorver os impactos da inflação e da transição demográfica.

A tabela 4 traz os valores estimados para o orçamento federal ASPS como proporção da RCL.

TABELA 4 – CENÁRIOS PARA O ORÇAMENTO FEDERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS (% DA RCL)					
Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	15,4%	18,4%	15,0%	18,4%	18,4%
2022	14,9%	18,5%	15,0%	18,0%	18,5%
2023	14,6%	18,6%	15,0%	17,7%	18,8%
2024	14,2%	18,6%	15,0%	17,4%	19,0%
2025	13,9%	18,6%	15,0%	17,1%	19,2%
2026	13,5%	18,6%	15,0%	16,7%	19,3%
2027	13,2%	18,6%	15,0%	16,4%	19,5%
2028	12,8%	18,6%	15,0%	16,1%	19,6%
2029	12,5%	18,6%	15,0%	15,7%	19,7%
2030	12,2%	18,6%	15,0%	15,4%	19,8%
2031	11,9%	18,6%	15,0%	15,1%	19,8%
2032	11,6%	18,6%	15,0%	14,8%	19,9%
2033	11,3%	18,6%	15,0%	14,5%	19,9%
2034	11,0%	18,6%	15,0%	14,1%	19,9%
2035	10,7%	18,6%	15,0%	13,8%	19,9%
2036	10,4%	18,6%	15,0%	13,5%	19,8%

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Os cenários expressos em proporção da RCL também mostram as perdas da EC 95, já que o piso de saúde cairia de 15,4% da RCL para 10,4% da RCL entre 2021 e 2036. Outro aspecto que vale reforçar é que a mera revogação da EC 95 não resolveria o problema do financiamento do SUS no curto prazo. Dada a RCL prevista no PLOA 21, mesmo o piso congelado seria mais elevado que o mínimo da EC 95.

Se houvesse a retomada da EC 29 com base no valor estimado de aplicação em 2021, o gasto federal de saúde atingiria 18,6% da RCL. A regra seria preferível à EC 86, que manteria o mínimo obrigatório do SUS em 15% da RCL.

O piso dado pelo crescimento da inflação e da população também implicaria redução dos gastos de saúde como proporção da RCL, passando de 18,4% para 13,5% da RCL entre 2021 e 2036. Isso porque, no cenário projetado, o crescimento da RCL seria menor do que o crescimento da população.

Por fim, se os valores federais de saúde crescessem em linha com o IPCA e a população idosa, eles atingiriam quase 20% do PIB. Caso houvesse frustração na previsão de variação do PIB, o gasto de saúde seria ainda mais elevado em relação ao tamanho da economia e não sofreria queda diante do comportamento da atividade econômica (já que seria indexado ao crescimento da população idosa).

A tabela 5 apresenta os cenários para aplicação mínima em ASPS a preços de 2021, de modo a descontar os efeitos da inflação.

TABELA 5 – CENÁRIOS PARA O ORÇAMENTO FEDERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS (R\$, A PREÇOS DE 2021)					
Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	123.828.000.000	148.291.000.000	120.673.500.000	148.291.000.000	148.291.000.000
2022	123.828.000.000	153.732.430.179	124.418.362.985	149.384.820.338	153.855.682.071
2023	123.828.000.000	158.503.211.564	127.501.919.130	150.442.893.526	159.569.514.149
2024	123.828.000.000	162.431.518.770	130.653.465.210	151.462.330.157	165.394.776.585
2025	123.828.000.000	166.446.441.995	134.065.645.445	152.442.875.323	171.283.913.449
2026	123.828.000.000	170.793.401.019	137.565.525.145	153.384.510.817	177.200.707.788
2027	123.828.000.000	175.252.085.084	141.157.173.386	154.286.093.760	183.147.276.146
2028	123.828.000.000	179.827.678.006	144.842.808.445	155.146.546.404	189.129.869.937
2029	123.828.000.000	184.523.005.765	148.624.158.373	155.964.793.096	195.106.659.194
2030	123.828.000.000	189.340.269.819	152.504.688.376	156.740.462.683	201.024.838.372
2031	123.828.000.000	194.283.884.679	156.486.537.797	157.473.779.257	206.855.753.107
2032	123.828.000.000	199.356.575.767	160.572.352.052	158.164.235.107	212.604.039.171
2033	123.828.000.000	204.561.713.223	164.764.845.633	158.810.876.434	218.254.929.868
2034	123.828.000.000	209.902.755.180	169.066.803.901	159.413.673.825	223.888.058.297
2035	123.828.000.000	215.383.250.061	173.481.084.945	159.972.886.389	229.630.210.805
2036	123.828.000.000	221.006.838.939	178.010.621.479	160.488.696.202	235.557.799.024
Total	1.981.248.000.000	2.933.636.060.050	2.364.389.492.302	2.481.870.473.318	3.070.795.027.963

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Percebe-se que o piso da EC 95 ficaria constante até 2036. Afinal, a regra implica justamente o congelamento da despesa de saúde, desconsiderando o crescimento da população e outros fatores de pressão sobre o sistema. Nas demais hipóteses, haveria crescimento real do orçamento de saúde até 2036, sendo que o patamar seria maior no cenário IPCA + população idosa, EC 29 (base 2021), EC 86 e IPCA + população.

A tabela 6 apresenta as projeções dos valores ASPS per capita, a preços de 2021, para cada cenário.

**TABELA 6 - CENÁRIOS PARA O ORÇAMENTO FEDERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PER CAPITA - ASPS (R\$/HABITANTE, A PREÇOS DE 2021)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	580	695	566	695	695
2022	576	716	579	695	716
2023	573	733	590	696	738
2024	569	746	600	696	760
2025	565	760	612	696	782
2026	562	775	624	696	804
2027	559	791	637	696	827
2028	556	807	650	697	849
2029	553	824	664	697	872
2030	551	842	678	697	894
2031	548	860	693	697	916
2032	546	879	708	697	937
2033	544	899	724	698	959
2034	542	919	740	698	980
2035	540	940	757	698	1.002
2036	539	962	774	698	1.025

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

A análise dos gastos reais per capita também aponta para as perdas do orçamento de saúde em caso de manutenção do congelamento do piso do setor pela EC 95 (queda acumulada de 7,2%, já descontada a inflação, entre 2021 e 2036). Nos demais cenários, haveria crescimento real dos valores federais aplicados em saúde, com destaque para a expansão real de 47% entre 2021 e 2036, caso o piso de saúde fosse reajustado pelo IPCA e pelo crescimento da população idosa. Nesta hipótese, ele passaria, a preços de 2021, de R\$ 695 para R\$ 1.025, ou seja, um crescimento anual médio de 2,6% ao ano, já descontada a inflação.

Neste último caso, o piso de saúde poderia ser expresso em termos de gasto real per capita, com previsão de crescimento mínimo, a ser reavaliado periodicamente, de modo a agregar outros elementos que pressionam o SUS para além do crescimento da população idosa, a exemplo da transição epidemiológica e da incorporação tecnológica no setor.

Segundo as estimativas aqui apresentadas, a manutenção de um valor real per capita que contemplasse o crescimento da população idosa levaria o piso federal de saúde para cerca de 2% do PIB, registrando crescimento de quase 0,5 p.p. de PIB em relação ao piso congelado da EC 95 para 2021. Se os gastos de saúde de estados e municípios girassem em torno de 2,5% do PIB, o gasto público de saúde de todos os entes se aproximaria de 4,5% do PIB.

Vale chamar atenção que, sob a regra de um piso que previsse crescimento real per capita dos gastos de saúde, o setor seria menos afetado por crises econômicas, já que os investimentos mínimos em saúde não estariam indexados ao PIB, por exemplo. Afinal, os gastos de saúde em meio a uma crise devem ser ampliados, dada a maior demanda pela rede pública de saúde. A propósito, o cenário para o PIB utilizou crescimento nominal médio anual de 6,2%. A título de exemplo, se a taxa fosse de 5% ao ano, o gasto de saúde atingiria 2,38% do PIB em 2036, já que o PIB seria menor que o inicialmente previsto.

# AS FONTES DE RECEITA PARA AMPLIAÇÃO DE GASTO DE SAÚDE

Em produto anterior, destacamos que a dívida pública brasileira não sofre as restrições típicas de um país endividado em moeda externa. Com dívida denominada predominantemente em moeda local, o país é capaz de rolá-la, considerando que o custo da dívida pública federal está em patamar historicamente baixo. Ademais, a ampliação do gasto público equivale à criação de base monetária, na medida em que um passivo não monetário do Banco Central (o saldo da Conta Única do Tesouro) se converte em moeda quando os recursos orçamentários são creditados na conta dos beneficiários.

A ampliação da base monetária favorece o gasto privado, contribuindo para a redução da ociosidade dos fatores de produção e estímulo ao emprego. Assim, a criação de moeda estatal, em parte, converte-se em pagamento de tributos (ou seja, os agentes privados demandam moeda estatal para pagar tributos, e não o contrário, conforme o senso comum). Em termos econômicos, o aumento do gasto deve ser canalizado para setores com maiores efeitos multiplicadores da renda e redistributivos. Aqui novamente convém assinalar que o gasto em saúde é fundamental, não apenas como instrumento de financiamento do direito à saúde. Segundo pesquisadores do Ipea, a cada R\$ 1 aplicado em saúde, o PIB aumenta R\$ 1,70<sup>1</sup>. A saúde é intensiva em empregos e investimentos no complexo econômico e industrial de saúde diversificam a estrutura produtiva, induzindo o desenvolvimento econômico e social, além de reduzir a dependência externa do país.

Por outro lado, a ampliação da dívida pública tem efeitos redistributivos negativos, na medida em que implica transferências aos detentores da riqueza financeira. De toda forma, as taxas de juros atuais reduzem o custo redistributivo da dívida pública. Ainda assim, é fundamental adotar medidas de tributação, que redistribuam renda e, em particular, canalizem recursos para o SUS. Convém lembrar que o Brasil tem carga tributária próxima à média da OCDE, no entanto, quase 50% da carga tributária incide sobre consumo (na OCDE, são 32%). Por outro lado, a carga tributária incidente sobre renda e patrimônio na OCDE é de quase 40% do total de tributos, enquanto no Brasil esta relação é inferior a ¼ da carga tributária<sup>2</sup>.

Portanto, o sistema tributário brasileiro é regressivo, uma vez que tem baixa incidência sobre a renda e o patrimônio. Uma reforma tributária progressiva deveria ampliar a carga tributária sobre os mais ricos, o que teria forte impacto sobre a desigualdade de renda. Caso parcela destes valores fosse alocada para financiamento do Sistema Único de Saúde, o impacto redistributivo da medida seria ainda maior.

Convém lembrar que os entes subnacionais não são capazes de emitir dívida soberana e, portanto, dependem de arrecadação tributária para realizar seus gastos. Além disso, estados e municípios respondem por quase 60% dos gastos públicos de saúde e uma reforma tributária progressiva poderia destinar receitas ao SUS, tanto em âmbito federal (cerca de 2/3 do orçamento federal ASPS é repassados aos entes subnacionais), quanto em âmbito estadual e municipal.

1. [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203\\_comunicadoipea75.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203_comunicadoipea75.pdf).

2. [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf).

Entre os dispositivos que poderiam constar de uma reforma tributária, com foco na tributação de renda e patrimônio e canalização de recursos para o SUS, vale citar os seguintes:

- Alterações no Imposto de Renda Pessoa Física, especialmente ampliação da alíquota máxima do IR e retomada da cobrança de lucros e dividendos distribuídos a pessoas físicas. Tais medidas aproximariam o sistema tributário brasileiro do resto do mundo e poderiam ampliar a arrecadação em cerca de R\$ 130 bilhões<sup>3</sup>. Vale lembrar que, a partir de 30 salários mínimos mensais, o IPRF é regressivo, uma vez que rendas mais elevadas estão associadas a uma alíquota efetiva menor, sobretudo em função das deduções dos dividendos distribuídos a pessoas físicas da base de cálculo do imposto.
- Regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas, que poderia implicar aumento anual de arrecadação de R\$ 40 bilhões<sup>4</sup>.
- Revisão dos benefícios tributários federais, que, no PLOA 2021, têm valor estimado superior a R\$ 300 bilhões, ou cerca de 4% do PIB<sup>5</sup>. A EC 109, de 2021, prevê que, em oito anos, tais benefícios devem ser reduzidos para 2% do PIB. Especialmente, vale chamar atenção para os gastos tributários em saúde, que somam R\$ 57 bilhões no PLOA 2021, equivalendo a 46% dos gastos ASPS previstos (R\$ 123,8 bilhões). Em particular, as deduções dos gastos privados de saúde no Imposto de Renda Pessoa Física são fortemente regressivas, beneficiando as faixas de renda mais elevadas. Segundo estudo do Ministério da Economia, tais valores passaram, a preços de 2017, de R\$ 10,6 bilhões em 2010 para R\$ 15 bilhões em 2017 (crescimento superior a 40%, já descontada a inflação)<sup>6</sup>.
- Maior tributação sobre produtos nocivos à saúde, de modo que o sistema tributário possa induzir a redução do consumo desses bens, bem como canalizar recursos para o SUS.
- Recursos do Fundo Social do pré-sal. A lei nº 12.358, de 2013, prevê que, no mínimo, metade do Fundo Social será destinada à educação. Os outros 50% podem ser aplicados em diversas políticas, dentre as quais a saúde pública. Tomado apenas o excedente em óleo da União (parcela do óleo lucro que as empresas petrolíferas destinam ao governo federal) dos contratos já licitados do pré-sal, estima-se que a União receberá R\$ 422 bilhões até 2032<sup>7</sup>. Deste total, R\$ 211 bilhões poderiam ser alocados em saúde e em outras áreas previstas pela legislação do modelo de partilha, que institui o Fundo Social. A PEC 186 previa a desvinculação de receitas do fundo social, mas o dispositivo foi suprimido da PEC, convertida em EC 109/2021. Ainda sobre

3. [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf)

4. [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf).

5. <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/dgt-ploa>.

6. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deduocoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/view>.

7. Disponível em: [https://www.presalpetroleo.gov.br/ppsa/conteudo/ebook\\_25\\_11.pdf](https://www.presalpetroleo.gov.br/ppsa/conteudo/ebook_25_11.pdf).

o pré-sal, convém lembrar que, dentre as fontes de receita utilizadas, não foram considerados os royalties do pré-sal, que, segundo liminar do Ministro Ricardo Lewandowski no âmbito da ADI 5595, devem ser aplicados acima do piso de saúde.

Por fim, todas essas medidas de ampliação de arrecadação apenas serão eficazes para financiar o SUS na hipótese de revisão das regras fiscais, já que o teto de gasto impõe um limite às despesas primárias, independente da arrecadação. Portanto, a revisão das regras fiscais e do sistema tributário deve ser discutida de forma integrada.

# CONCLUSÃO

Foram apresentados distintos cenários para as regras de gasto federais do SUS. Mostrou-se que a manutenção do congelamento do piso federal de aplicação de saúde importa em perdas para o orçamento do SUS, por exemplo, como proporção do PIB ou da RCL ou termos per capita. Ademais, mostrou-se que novas regras de aplicação mínima, baseadas, por exemplo, na retomada da EC 29 ou com base no crescimento da população idosa mitigariam os impactos do subfinanciamento crônico e redução recente de financiamento do SUS.

Emergencialmente, em um contexto de recrudescimento da pandemia, caberia a decretação do estado de calamidade em 2021, suspendendo-se as regras fiscais e autorizando despesas extraordinárias para o SUS, mediante a emissão de dívida.

Do ponto de vista da arrecadação, mostrou-se que há diversas opções para ampliar a progressividade do sistema tributário e canalizar estruturalmente recursos para o SUS. Entre elas, mudanças no IRPF, regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas, revisão de benefícios tributários e tributação de produtos nocivos à saúde. A destinação de parcela do aumento da arrecadação para o SUS requer a revisão do Novo Regime Fiscal, instituído pela EC 95.

## PROPOSTAS

Discutir cenários de flexibilização fiscal e adoção de novas regra de piso de aplicação de saúde, compatíveis com as pressões conjunturais e estruturais por mais gastos no setor (pandemia, transição epidemiológica e demográfica, incorporação tecnológica, entre outras). Sugere-se revogação da EC 95, diante de seus efeitos sobre o SUS, e adoção de regras de aplicação mínima baseadas em meta de crescimento real do valor per capita aplicado (o cenário construído no trabalho prevê o crescimento real do valor per capita de saúde, no mínimo, incorporando o crescimento da população idosa, o que levaria, a preços de 2021, o piso de saúde de R\$ 580 em 2021 para R\$ 1.025 em 2036). A meta de crescimento teria de ser compatível com as demandas do SUS e ficaria menos exposta a crises econômicas, que impactam o PIB e a receita. Desta forma, o investimento mínimo de saúde não sofreria redução diante de uma crise econômica.

Discutir uma reforma tributária progressiva capaz de canalizar recursos para o SUS, o que pressupõe a revisão das regras fiscais vigentes.

## LINKS RECOMENDADOS

- **Livro - Economia Pós-Pandemia:**  
<https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2020/11/Economia-Po%CC%81s-Pandemia-compactado.pdf>
- **Texto sobre reforma tributária progressiva:**  
<https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2018/05/REFORMA-TRIBUTARIA-SOLIDARIA.pdf>

# CAPÍTULO 6

---

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 1:

## ANÁLISE PRELIMINAR DE OFERTA ASSISTENCIAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

### 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 08/01/202 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 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.	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 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:

- I. Hospital exclusivamente COVID** – destinado a atender exclusivamente pacientes suspeitos e confirmados de COVID19 (hospitais de campanha e recém-inaugurados com perfil readequado para pandemia);
- II. Hospital não COVID**- destinado ao atendimento de outras patologias (hospitais especializados em cardiologia, psiquiatria, oncológicos, transplantes ...e maternidades exclusivas);
- III. 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;
- IV. 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.

## 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%

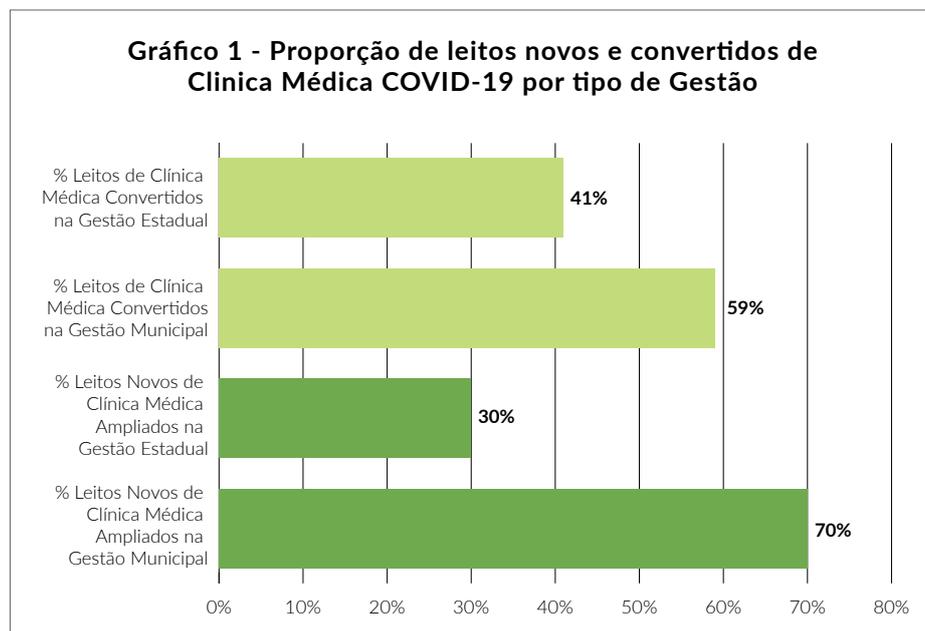
foram implantados pelas Gestões Municipais. Uma estratégia utilizada foi a conversão de leitos existentes para enfermarias específicas de COVID-19. Na análise da 12ª remessa pode-se observar que dos 16.224 leitos existentes anteriormente à pandemia, 5.021 foram convertidos. Desses leitos convertidos 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 - 12º 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

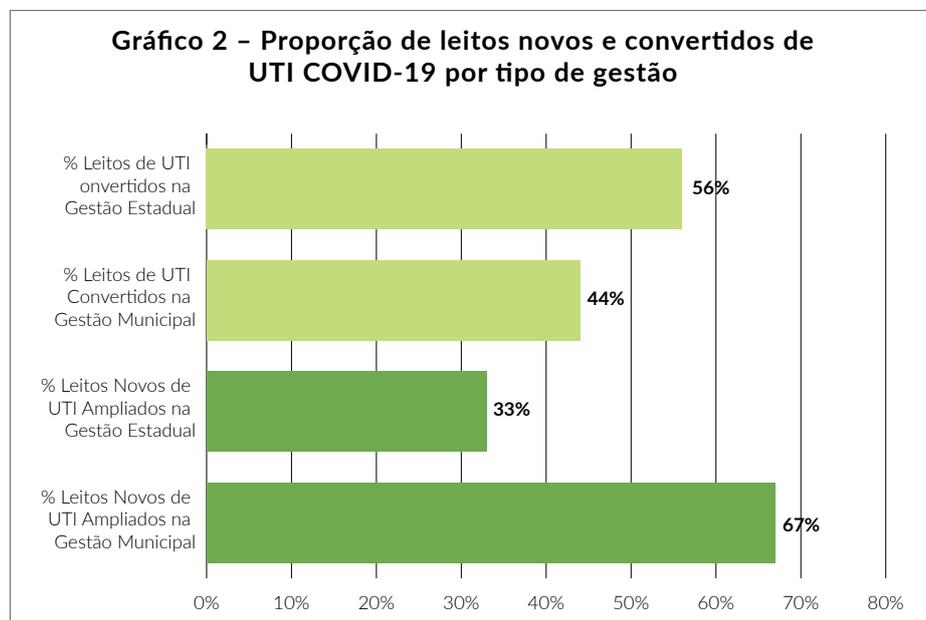
Fonte : Mapa de Leitos – 12ª remessa - fevereiro/2021



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.

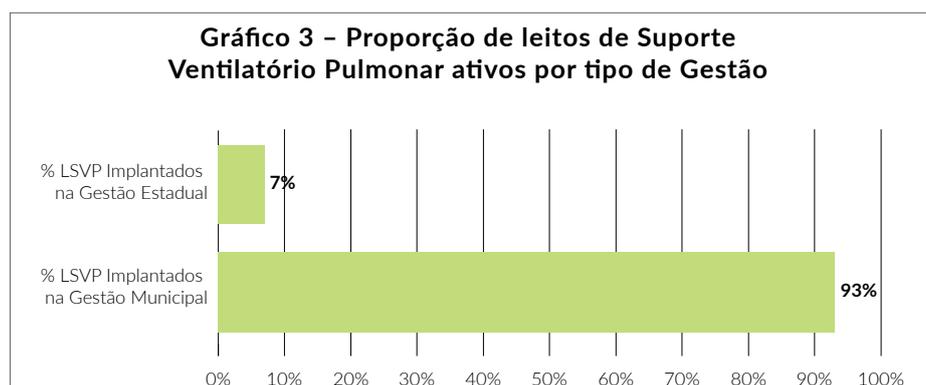
Percebe-se, conforme demonstra o Gráfico2, que os hospitais de gestão estadual fizeram mais conversão de leitos do que os hospitais de gestão municipal, representaram naquele momento 56% dos leitos convertidos. Dos 5235 leitos de UTI COVID implantados até fevereiro de 2021, 3522 eram de hospitais das gestões municipais e 1713 de hospitais da gestão estadual. Vale destacar que apenas 544 desses leitos permaneciam habilitados pelo MS em fevereiro de 2021



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

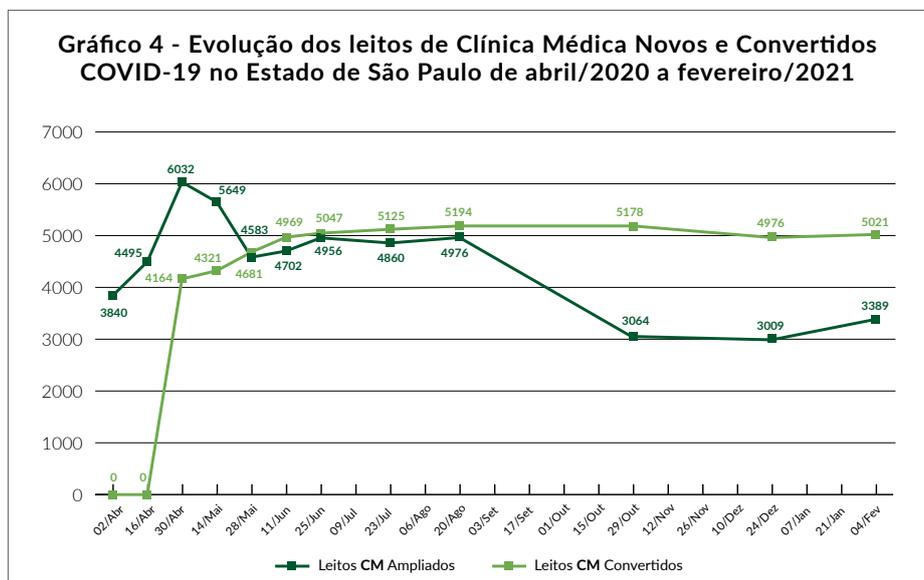
Uma outra estratégia utilizada majoritariamente pelas gestões municipais foi a implantação de Hospitais de Campanha com estruturas provisórias para atendimento durante o período de maior número de casos. Foram implantados 60 Hospitais de Campanha no estado de São Paulo, ao longo dos meses de março a 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.



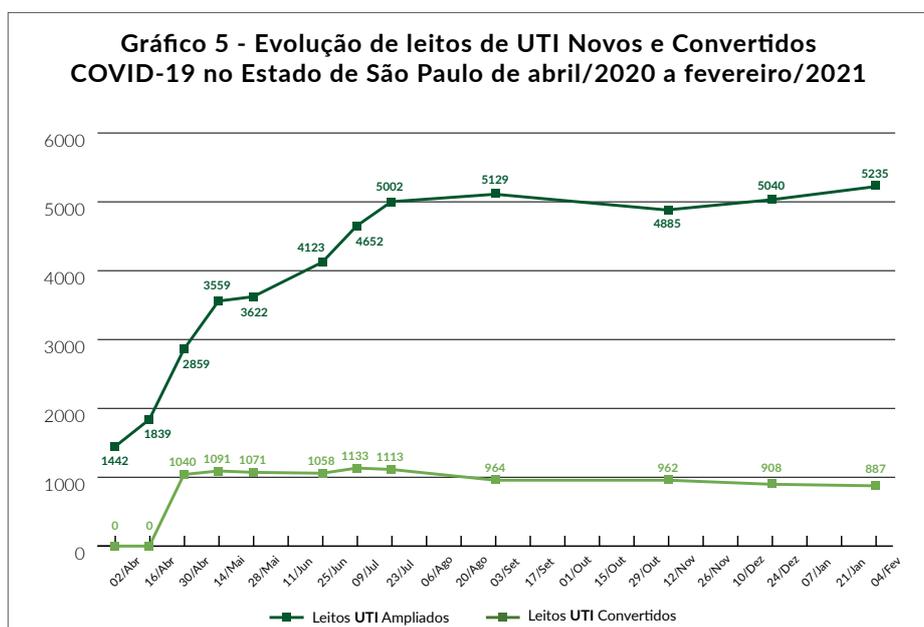
Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Durante o período analisado observou-se que chegaram a ser implantados cerca de 6.032 leitos de clínica médica entre final de abril e maio/2020. Ao final de setembro eram 3064 leitos novos implantados, quando se acreditava no arrefecimento da pandemia e em fevereiro/2021, 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, conforme o Gráfico 4.



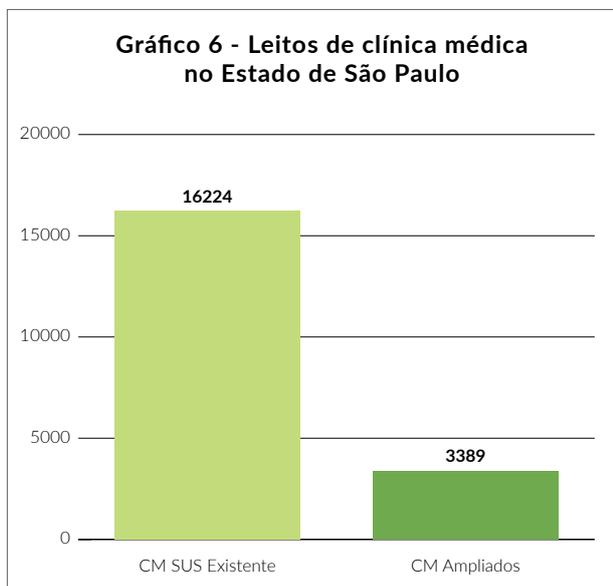
Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

Com relação aos leitos de UTI chegaram ao quantitativo de 5.129 novos leitos ativos de COVID19 em agosto e ao final de setembro eram 4.885 novos leitos ativos e em fevereiro, com o recrudescimento da pandemia esse número sobre 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.

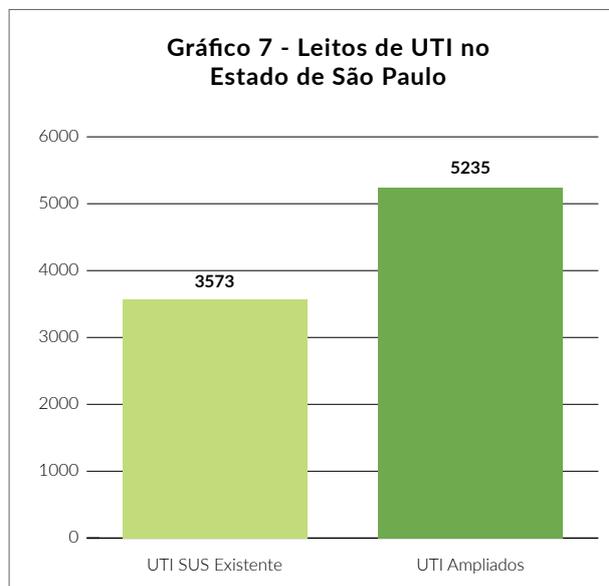


Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021

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).

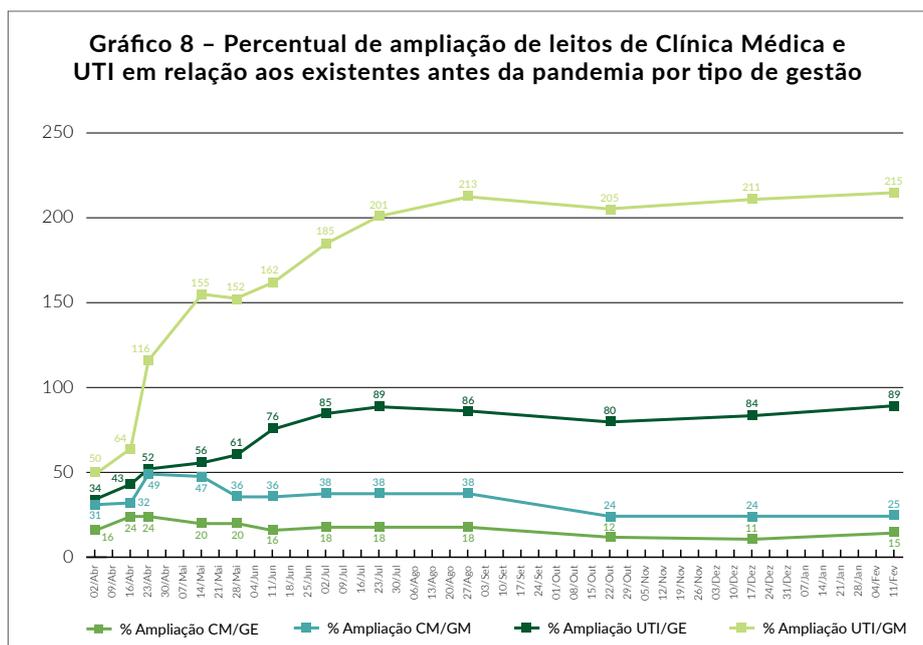


Fonte: Mapa de Leitos – SES/SP – 12ª remessa - fevereiro/2021



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.



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

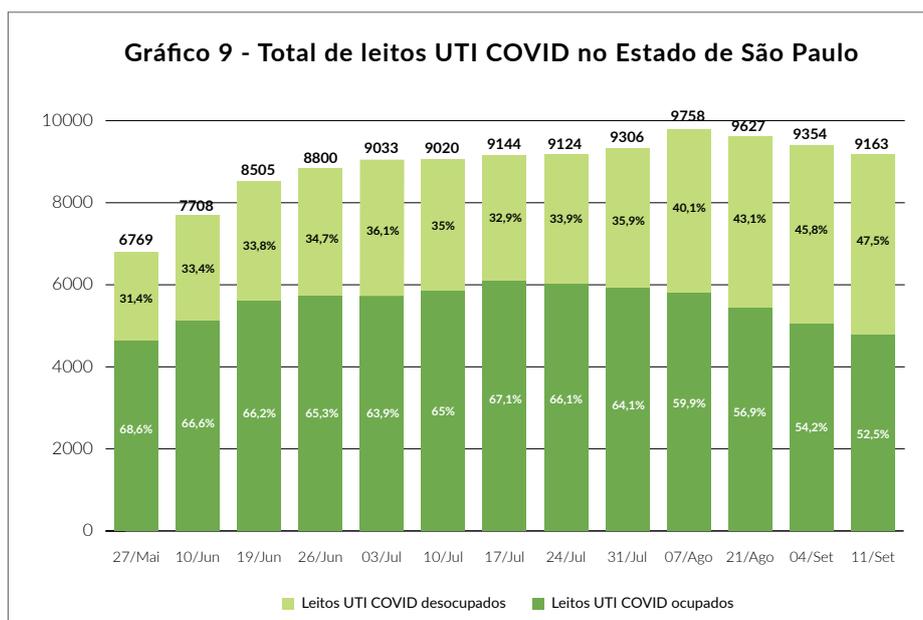
Numa análise consolidada do período de abril de 2020 a fevereiro de 2021 contabilizou-se a implantação de 6281 leitos de UTI SUS COVID no Estado, com 5235 leitos permanecendo ativos até fevereiro de 2021, mês em que o MS manteve como habilitados apenas 544 leitos<sup>1</sup>. Foram contabilizados nesse 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.

## 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.

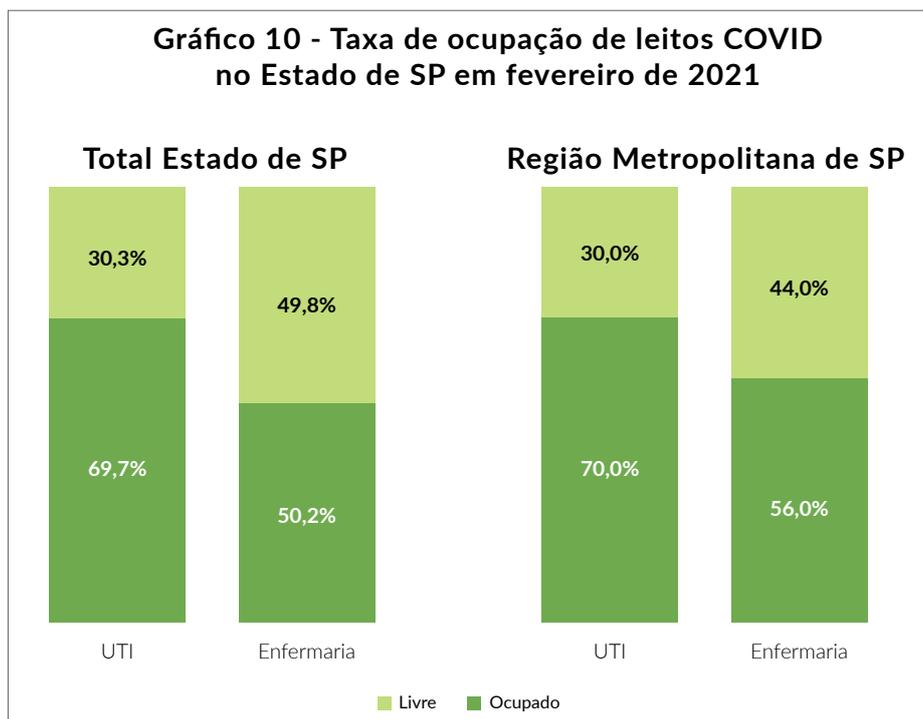
Dados do Centro de Contingência do Estado de São Paulo apontaram taxas de ocupação médias dos leitos de UTI (SUS e não SUS) do Estado nos meses de maio a setembro abaixo de 70%, com uma tendência de diminuição a partir de julho/20.



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

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.

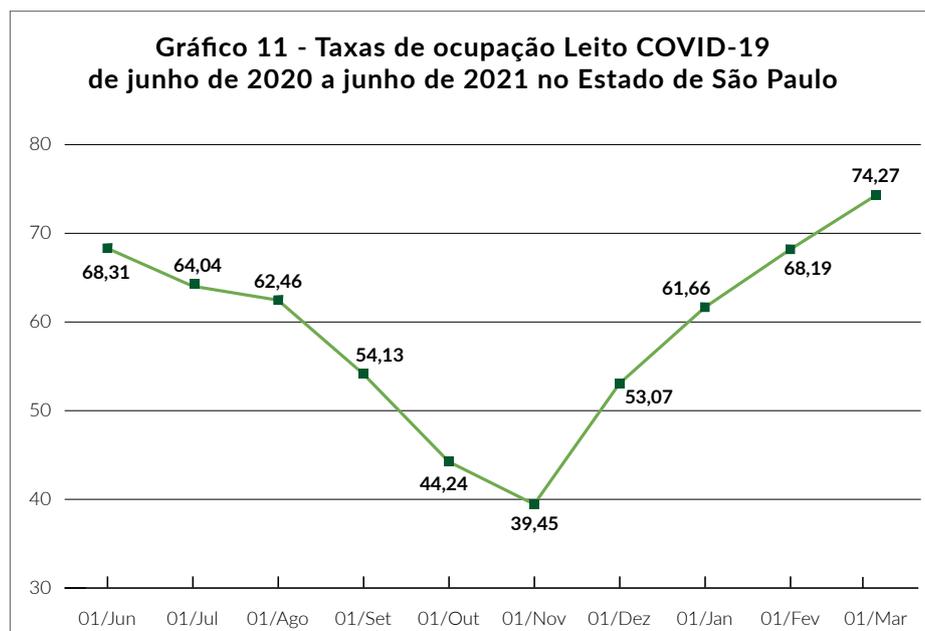
Em fevereiro já podemos observar um aumento significativo nas taxas de ocupação passando de 52,5% em 11/09 para 69,7% em 24/02, conforme gráfico abaixo



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 (gráfico 11) 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 COVID-19 voltando a aumentar. No entanto, em fevereiro as taxas de ocupação e o número de internações passaram a aumentar de forma significativa.

A tabela 2 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%.



FONTE: FSEADE / CENSO COVID

## 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 séries 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 abaixo:

Leitos UTI adulto SUS existentes em SP antes da pandemia (CNES dez 2019)	3621
Leitos UTI adulto criados para pandemia (mapa de leitos - 12º 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.

## OFERTA AMBULATORIAL

Os 645 municípios paulistas contam com cerca de 5.306<sup>2</sup> 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 Capitalização 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 ambulatorios e podem ser classificados em 3 tipos, de acordo com a população do município, com valores dos investimentos 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 5, com o número de Centros de Referência e Centros Comunitários implantados pelos municípios do Estado de São Paulo.

TABELA 3 – NÚMERO DE CENTROS DE REFERÊNCIA E CENTROS COMUNITÁRIOS IMPLANTADOS EM MUNICÍPIOS, ESTADO DE SÃO PAULO, 2020				
Portaria que credencia	Centro Referência Portaria 1445/20		Centro Comunitário de Ref. Portaria 1444/20	
	QTDD de centros	QTDD de municípios	QTDD de centros	QTDD de municípios
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.

## EXAMES DIAGNÓSTICOS

No início da pandemia o RT-PCT 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 falsonegativos e consequentemente 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 15/09/2020.

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

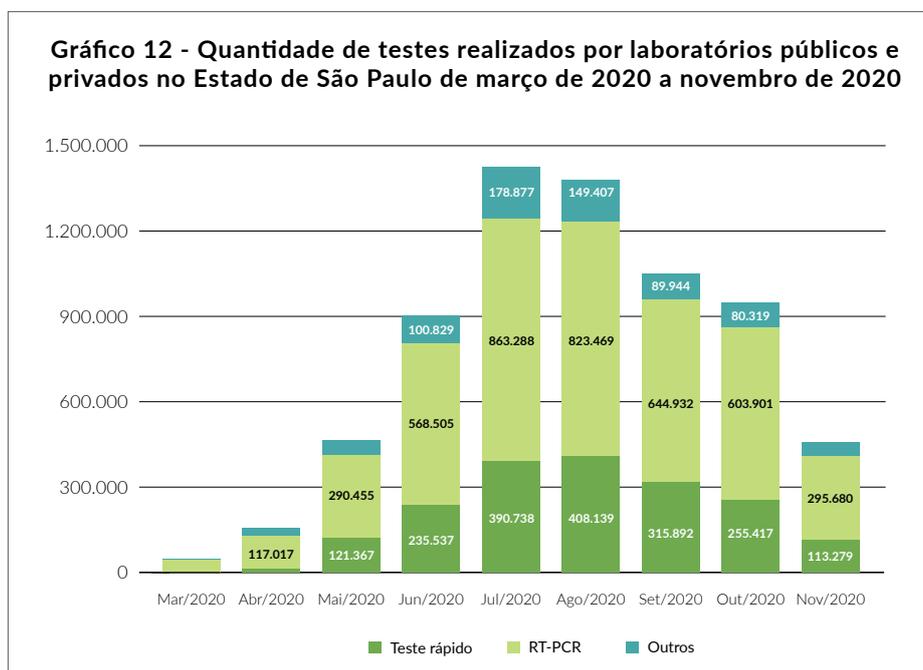
Em agosto de 2020 foi firmada uma parceria entre o COSEMS/SP e o Instituto Butantã para distribuição de cerca de 1,1 milhão de testes rápidos adquiridos pelo IB para 644 municípios paulistas, exceto a capital.

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 distribuídos 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



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 Coronavírus 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.

## **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 conseqüente 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.

## 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 nº06/2017): 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**

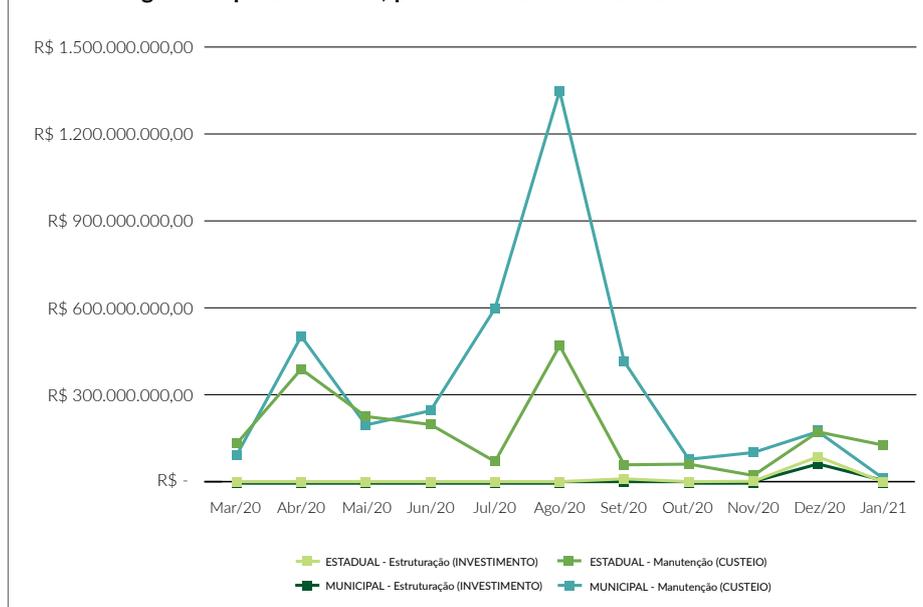
BLOCO DE FINANCIAMENTO	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL GERAL
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)	R\$ 633.496.718,00	R\$ 739.241.317,00	R\$ 1.372.738.035,00
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)	R\$ 9.226.584.060,32	R\$ 22.567.476.725,97	R\$ 31.794.060.786,29
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 1,350 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.

## **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.

<b>TABELA 4 – RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS TOTAIS TRANSFERIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE SEGUNDO PORTARIA ATÉ 18/01/2021, EM REAIS (R\$)</b>			
<b>PORTARIA</b>	<b>GESTÃO ESTADUAL</b>	<b>GESTÃO MUNICIPAL</b>	<b>TOTAL</b>
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 Gestação, Pré-Natal e Puerpério	4.145.375,00	255.743.020,00	259.888.395,00
Portaria 2994/20: Incentivo atenc�o às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sist�mica no âmbito da AB	2.242.000,00	219.569.937,50	221.811.937,50
Portaria 3717/20: Fortalecimento dos Serviços de Verifica�o de �bito (SVO)	210.000.000,00	-	210.000.000,00
Centro Comunitários de Referência (06 Portarias de habilita�o)	-	167.855.730,00	167.855.730,00
Portaria 3017/20: Estrut.e adeq. ambientes assist. odontológica na APS e AES (03 Portarias de habilita�o)	3.027.226,00	124.927.654,00	127.954.880,00
Portaria 2782/20: Execu�o das a�oes de imuniza�o 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 a�oes na Rede de Atenc�o Psicossocial	7.675.377,75	91.416.899,00	99.092.276,75
Habilita�o 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 Verifica�o de �bito (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: Estrutura�o 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 reorganiza�o e adequa�o 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: Complementa�o de valor sessão hemodiálise em paciente com suspeita�o ou confirma�o 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 Atenc�o Primária	-	1.897.029,25	1.897.029,25
Portaria s/n: CORONAVÍRUS (COVID-19) - Secretaria de Atenc�o Especializada	-	1.440.000,00	1.440.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>9.860.080.778,32</b>	<b>23.306.718.042,97</b>	<b>33.166.798.821,29</b>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Desta forma, **os recursos extraordinários foram transferidos através de publica o 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.

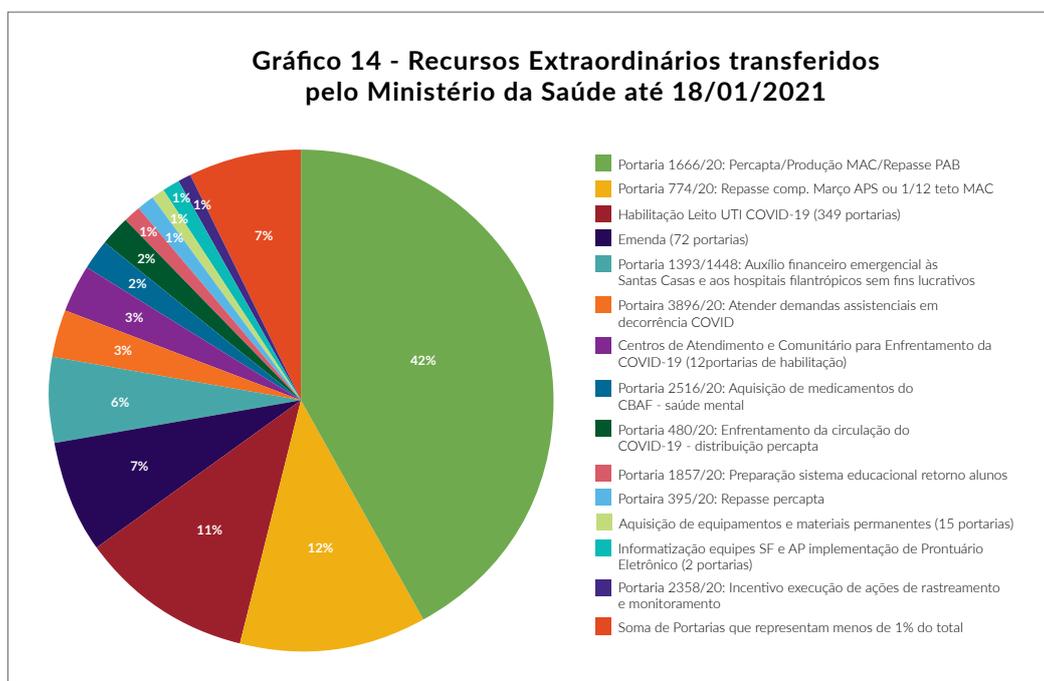
A Portaria nº 3.896/2020 citada acima, publicada no final de 2020, que destinou recursos para serem aplicados nas ações de enfrentamento da pandemia, sem destinação específica de área. A pactuação da distribuição, publicada através da Deliberação CIB nº 23/2021 e Resolução da Secretaria Estadual de Saúde 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.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde

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.

<b>TABELA 5 – RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS TRANSFERIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE À GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL DE SÃO PAULO, EGUNDO PORTARIA – ATÉ 18/01/2021 (EM REAIS)</b>				
<b>PORTARIA</b>	<b>ESTADUAL</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
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	-	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 hemodiálise 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
<b>Total Geral</b>	<b>2.025.902.422,65</b>	<b>3.823.807.142,03</b>	<b>5.849.709.564,68</b>	<b>100,00</b>

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)

Município	Código CNES	Razão Social e Nome Fantasia	CNPJ	Gestão	Código Gestor	Valor
Americana	2081733	Seara Serviço Espírita de Assistência e Recuperação de Ameri - Seara Hospital Psiquiátrico	43266220000174	Municipal	350160	649.441,09
Araraquara	2079763	Hospital Psiquiátrico Espírita Caibar Schutel - Casa Cairbar Schutel	45271137000119	Municipal	350320	906.550,28
Araras	2082470	Clínica Antonio Luiz Sayao Acompanhamento Psiquiátrico - Clínica Sayao Araras	44214203000156	Estadual	350000	1.332.063,91
Catanduva	2058626	Hospital Psiquiátrico Esp Mahatma Gandhi - Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi	47078019000114	Municipal	351110	1.512.197,70

Franca	2080117	Fundação Espírita Allan Kardec - Hospital Psiquiátrico Allan Kardec Franca SP	47957667000140	Municipal	351620	2.096.653,43
Itapira	2085143	Fundação Espírita Americo Bairral - Instituto Americo Bairral de Psiquiatria	49914773000172	Estadual	350000	2.120.860,71
Presidente Prudente	2058782	Associação Assistencial Adolpho Bezerra de Menezes - Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes P Prudent	44868644000171	Estadual	350000	1.720.527,19
São Paulo	2812703	Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP Inst de Psiquiatria SP	56577059000363	Estadual	350000	1.208.006,58
Americana	2081733	Seara Hospital Psiquiátrico - Seara Serviço Espírita de Assistência e Recuperação de Ameri	43266220000174	Municipal	350160	176.256,29
Araraquara	2079763	Casa Cairbar Schutel - Hospital Psiquiátrico Allan Kardec Franca SP - Fundação Espírita Cairbar Schutel	45271137000119	Municipal	350320	86.253,08
Franca	2080117	Hospital Psiquiátrico Allan Kardec Franca SP - Fundação Espírita Allan Kardec	47957667000140	Municipal	351620	431.265,40
Presidente Prudente	2058782	Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes P Prudent - Associação Assistencial Adolpho Bezerra de Menezes	44868644000171	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.

## 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	
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	R\$ 201.248.682,00
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	
<b>Total</b>	<b>R\$ 833.631.057,20</b>	<b>R\$ 659.623.103,00</b>

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.

## **APLICAÇÃO DIRETA DE RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS DE FONTE PRÓPRIA E DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

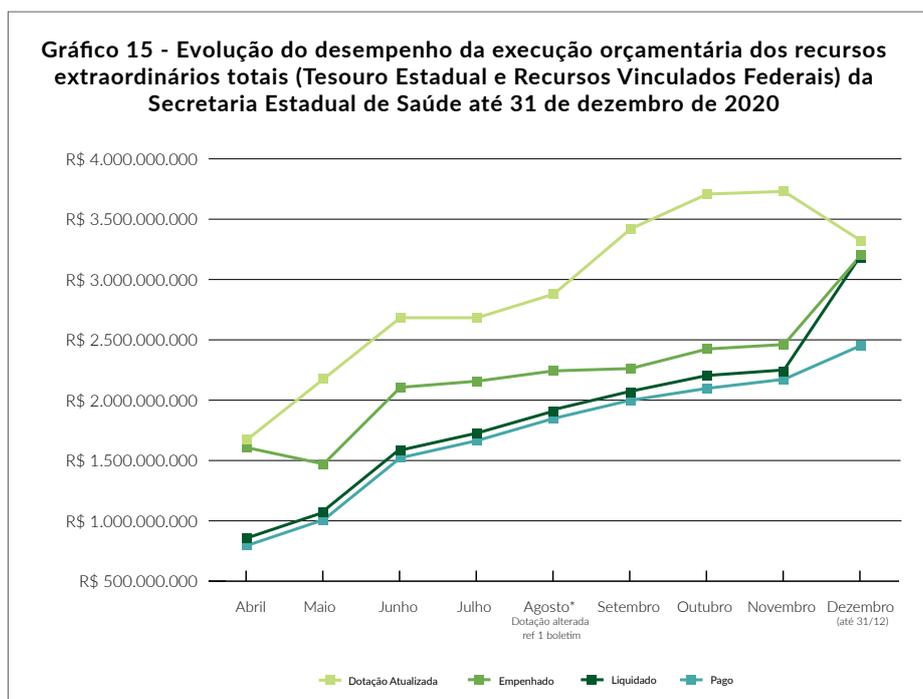
A posição da execução orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 31 de dezembro de 2020 apresenta um saldo a executar de aproximadamente 122,6 milhões de reais, considerando-se a diferença entre os valores disponíveis na dotação atualizada e os valores liquidados. Este saldo representa 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
Abril	1.672.300.252,00	1.606.652.836,57	870.386.391,77	795.552.799,97
Maio	2.176.205.906,54	1.471.258.801,46	1.082.863.417,99	1.008.561.531,06
Junho	2.683.273.866,71	2.106.365.104,95	1.598.034.542,17	1.522.608.640,12
Julho	2.683.273.866,71	2.157.658.809,02	1.739.925.800,80	1.664.893.046,13
Agosto	2.879.199.156,71	2.242.997.050,21	1.922.337.598,81	1.848.993.683,18
Setembro	3.419.180.246,71	2.262.247.340,73	2.074.051.329,68	1.999.619.795,38
Outubro	3.708.375.892,17	2.424.232.962,73	2.204.974.331,96	2.098.233.220,91
Novembro	3.730.057.151,17	2.461.642.052,39	2.250.569.574,38	2.173.064.955,25
Dezembro (até 31/12)	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.



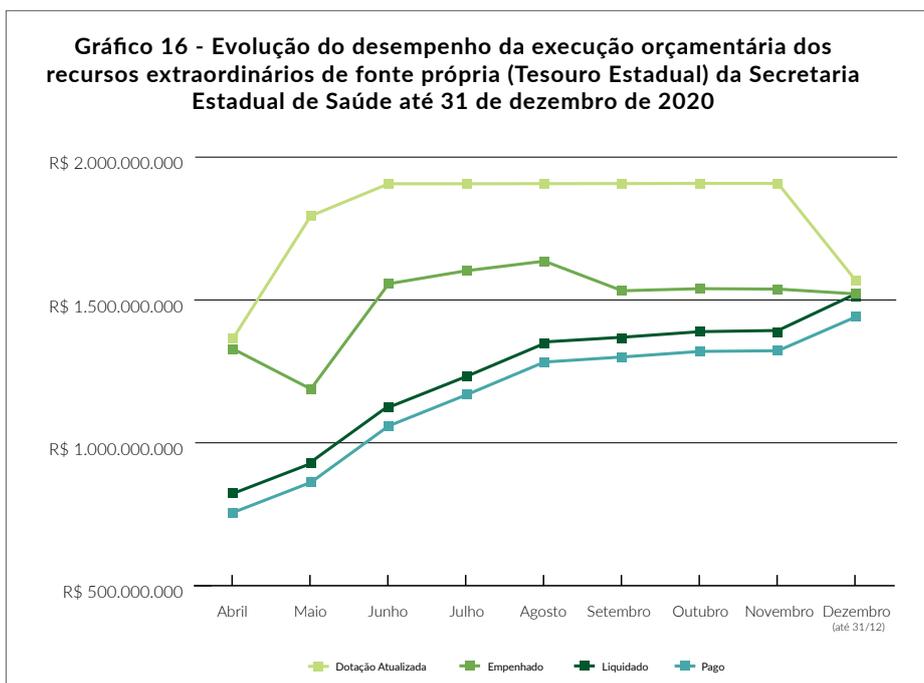
Esta evolução do desempenho da execução orçamentária analisada a partir da Tabela 8 pode ser mais bem observada a partir da leitura do Gráfico 15 acima. A distância entre as linhas que representam a dotação atualizada (linha azul) e as linhas que representam o empenhado (linha vermelha) e liquidado (linha 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.

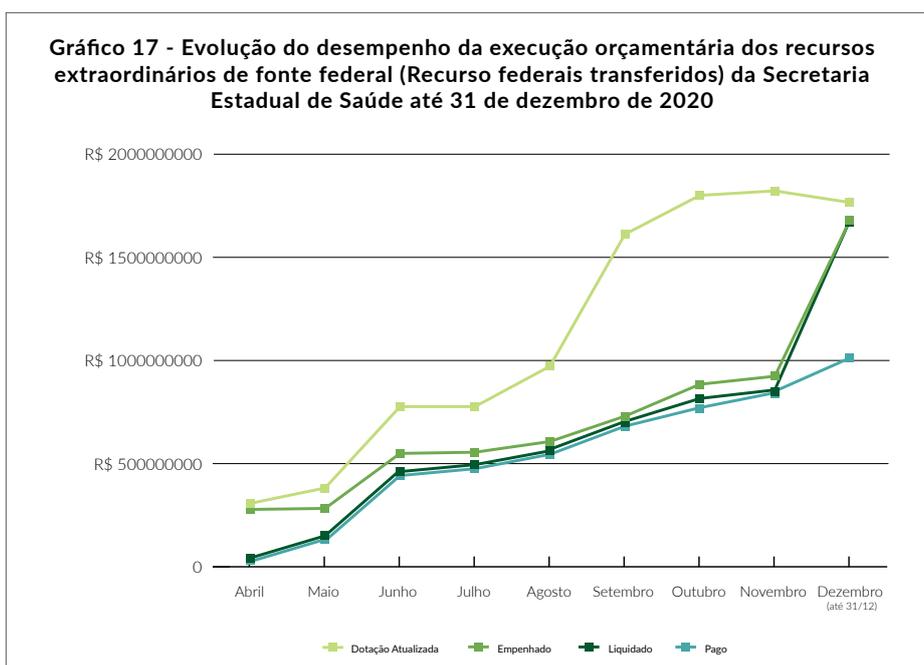
As diferentes fontes de recursos apresentam diferentes desempenhos da execução orçamentária e financeira. Como observa-se nos Gráficos 16 e 17, **é melhor o desempenho da execução dos recursos extraordinários de fonte própria estadual que o desempenho da execução dos recursos extraordinários de transferência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



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

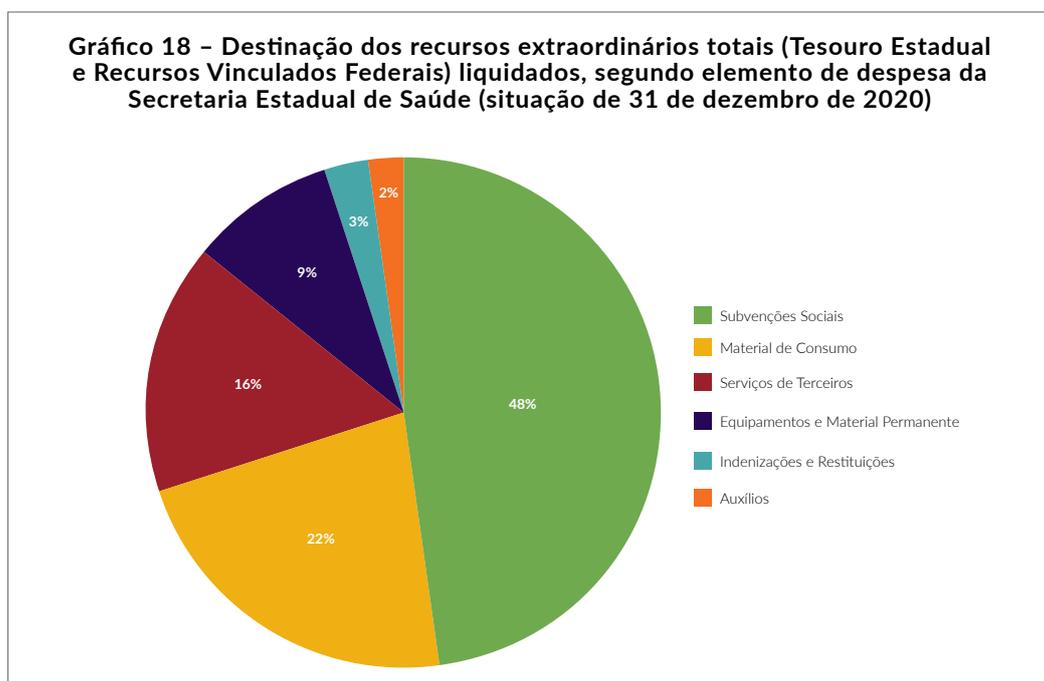


Fonte: Boletim COVID nº03 - Conselho Estadual de Saúde de São Paulo

Os recursos extraordinários executados pela Secretaria Estadual de Saúde foram alocados em maiores volumes para despesas com prestadores, sejam entidades sem fins lucrativos, filantrópicos 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.

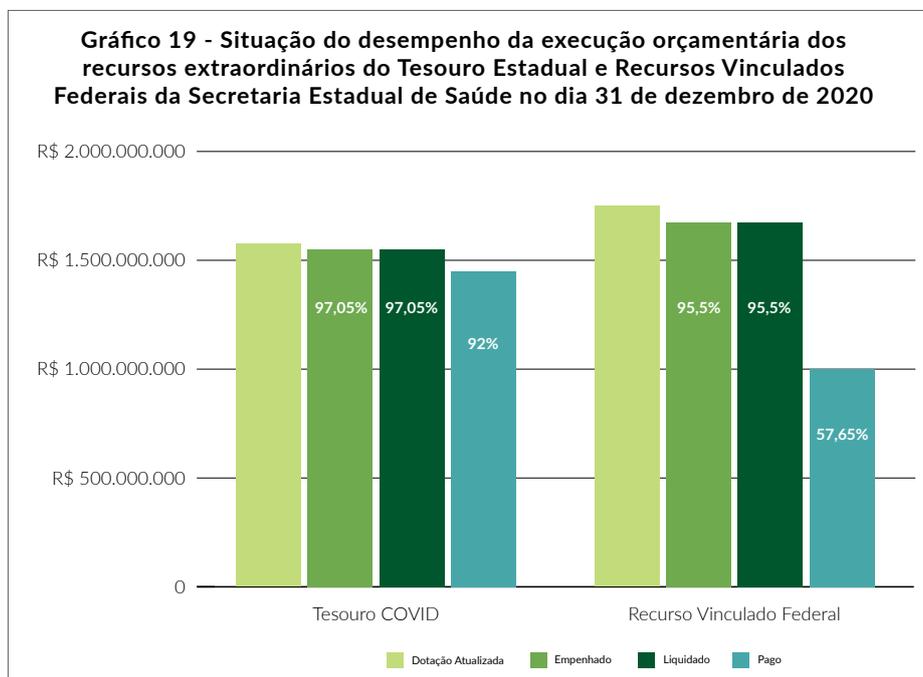
Quando se observa o recorte por fonte, identifica-se que esta destinação majoritária é ainda mais relevante na fonte federal, uma vez que: 26% do recurso próprio extraordinário foi alocado para Subvenções Sociais; e 69% dos recursos transferidos extraordinários foram alocados para Subvenções Sociais. Esta execução condiz com a conformação da rede assistencial do Estado.



Fonte: Boletim COVID n°03 - 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 Saúde<sup>3</sup>, tanto na fonte própria, como na fonte federal, a execução é classificada como “Adequada”.



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 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.

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>

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;

# PROPOSTAS

- **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.

## LINKS RECOMENDADOS

- **Podcast - Observatório de Políticas Públicas de Saúde:**  
[https://open.spotify.com/episode/6aCa3g1PkbuOLBxle9zovB?si=A6pfHLQ2Qa6z\\_9vuR9AwjA](https://open.spotify.com/episode/6aCa3g1PkbuOLBxle9zovB?si=A6pfHLQ2Qa6z_9vuR9AwjA)



# CAPÍTULO 7

---

Vivência estudantil na pesquisa



# A VIVÊNCIA ESTUDANTIL NA PESQUISA - A TAREFA DA COMUNICAÇÃO É O VISLUMBRAR DE CAMINHOS NO ENSINO E NA EXTENSÃO

## OS PRIMEIROS CONTATOS

Diante de um período tão difícil e angustiante como o ano de 2020, aceitamos com entusiasmo o desafio de participar de uma pesquisa que avaliasse o uso do orçamento federal no combate à pandemia de Covid-19. Ainda que sejamos **estudantes de graduação da área da saúde, sentimos a necessidade de contribuir de alguma forma para o entendimento político e social deste momento dramático da saúde pública brasileira, além de seus desdobramentos.**

O grupo de pesquisa foi formado por nós, cinco estudantes de graduação de Medicina, e por pesquisadores do Laboratório de Saúde Coletiva (Lascol): Política, Planejamento e Gestão em Saúde em parceria com o Observatório de Políticas Públicas em Saúde (OPPS)/Lascol / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Sabíamos que a responsabilidade seria muito grande, principalmente pela importância da pesquisa, mas nos sentimos inteiramente acolhidos pelo grupo - pessoas dedicadas e apaixonadas pela Saúde Coletiva e Gestão em Saúde e com vasta experiência na área.

Para nós, estudantes, foi dada a importante tarefa de produzir conteúdos informativos a partir dos resultados da pesquisa, através de diferentes mídias, suportes e redes sociais, voltados para a comunidade acadêmica, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e público geral. Considerando a complexidade do tema, ao envolver sistema de saúde, gestão e economia, seria fundamental reunir os conhecimentos gerados pela pesquisa e repassá-los a todos os grupos da sociedade de forma acessível e passível de reflexões.

## COMO FOI NOSSO TRABALHO

Assim, ao longo de cinco meses, participamos ativamente de reuniões periódicas com o grupo de pesquisa para discussão dos materiais produzidos a partir dos resultados do estudo. Esses momentos nos permitiram um enorme aprendizado, principalmente para entender na prática o funcionamento e os impactos das políticas de austeridade e de financiamento do SUS no contexto político atual, algo que anteriormente era de difícil compreensão para nós.

Também fizemos inúmeras reuniões internas entre nós, estudantes, e nossos coordenadores, para buscarmos formas de traduzir os conhecimentos técnicos da pesquisa em conteúdos acessíveis e de fácil entendimento para a comunidade geral.

Queríamos produzir um conteúdo que mantivesse a complexidade que o tema exige, mas que fosse possível transmitir de forma clara e crítica os pontos principais da coordenação do SUS e a execução do orçamento para o enfrentamento da pandemia. Para nós, era de extrema importância que tais informações estivessem conectadas à realidade da população brasileira, de forma a tornar tangível todo o conhecimento produzido e de como ele se conectava ao dia-a-dia dos usuários do SUS, como, por exemplo, a insuficiência de testes RT-PCR para Covid-19 ou de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para profissionais de saúde, a superlotação de leitos de UTI e enfermaria nos hospitais, entre outros desafios enfrentados ao longo da pandemia.

## EXPERIÊNCIAS, REFLEXÕES E (RE)CONSTRUÇÕES

Foi um desafio muito grande cumprir com o objetivo colocado aos estudantes para divulgação dos produtos da pesquisa, pois estes foram elaborados enquanto pensávamos em formas de adaptá-los para um formato que, de fato, se comunicasse com o público que queríamos alcançar. **A linguagem acadêmica e técnica precisava tomar um caráter palatável sem perder a complexidade inerente aos objetivos dos produtos da pesquisa.** Tudo isso deveria ser feito de maneira dinâmica, já que a pandemia continuava em andamento e não tinha perspectiva de se finalizar, devido às medidas de austeridade impostas ao Estado brasileiro. Essa com certeza foi uma das maiores dificuldades, mas que tentamos vencer a partir de propostas de postagens, abordagens e outros materiais que apresentamos ao grupo geral e que estavam inseridos no processo de realização da pesquisa.

A partir da avaliação do grupo geral, adaptamos as propostas com as sugestões colocadas. Desse processo, produzimos postagens no Instagram, o site do Observatório de Saúde Coletiva e os Podcasts com os conteúdos dos produtos 1 e 5.





SEGUIR

**Sobre**

O Observatório de Políticas Públicas de Saúde compõe o Laboratório de Saúde Coletiva (LASCOL)

**Todos os episódios**

**Observatório de Políticas Públicas de Saúde - Pesquisa MPFxUNIFESP - Episódio 2**

Este podcast é uma produção do Observatório de Políticas Públicas de Saúde do Laboratório de Saúde Coletiva (LASCOL)/UNIFESP. Aqui são debatidos os resultados dos cinco produto...

22 de abr. · 29min

**Observatório de Políticas Públicas de Saúde - Pesquisa MPFxUNIFESP - Episódio 1**

Este podcast é uma produção do Observatório de Políticas Públicas de Saúde do Laboratório de Saúde Coletiva (LASCOL)/UNIFESP. Aqui são debatidos os resultados dos cinco produto...

22 de abr. · 17min

Fizemos também uma entrevista com uma Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde Milton Santos, que atende parte da região da Zona Sul de São Paulo. Com ela foi possível entendermos as consequências práticas das políticas neoliberais que fizeram com que EPIs, RT-PCRs, entre outros itens essenciais para a assistência em saúde, estivessem em falta e demorassem para serem disponibilizados. Isso ampliou nossa visão para entender que as faltas de recursos que temos em nosso dia-a-dia nos serviços públicos de saúde são frutos de políticas econômicas adotadas pelos governos federal, estadual e municipal.

---

## O VISLUMBRAR DE CAMINHOS NA UNIVERSIDADE, NO ENSINO E NA EXTENSÃO

A pesquisa e o desenvolvimento das análises acerca da pandemia e do uso do orçamento federal nos proporcionou o contato direto com a realidade que estava nos afetando cotidianamente, além de uma parte dessa realidade da qual estávamos alienados. Somos todos estudantes da saúde que, após nos formarmos, nos tornaremos trabalhadores da saúde e sentiremos no dia-a-dia do trabalho a ausência de uma política de saúde que, de fato, atenda aos interesses da nossa população e garanta o mínimo para que a prestação de atenção à saúde aconteça.

A proposta de se debruçar sobre a realidade da pandemia e buscar as determinações do seu curso a partir da análise do orçamento foi um bom exemplo de qual é um dos papéis que a universidade pública deve ter na realidade que está inserida. **Estabelecer uma análise crítica e política sobre algo que afeta diretamente a vida da população, buscar intervenções possíveis, levando em consideração os atores sociais, e fornecer base técnica e política para que o Ministério Público Federal, movimentos sociais, entidades, conselheiros de saúde e partidos políticos possam se basear para estabelecer suas análises e propostas de ação frente ao cenário analisado é um dos papéis fundamentais que a academia tem.** Isso é extremamente potente e fazer parte dessa construção contribuiu para cada um de nós, não só individualmente, mas, também, para as entidades de curso, coletivos políticos, projetos e movimentos populares que construímos.

**O desafio permanece para nós mesmo com a finalização do período da pesquisa,** pois os materiais produzidos nos serão muito úteis no processo de acúmulo sobre políticas de saúde. É evidente a necessidade de enfrentamento da atual proposta de (des)financiamento da saúde pública no Brasil, não só no que diz respeito ao período da pandemia, mas também no contexto geral do nosso SUS, que tem sobrevivido apesar dos grandes ataques do neoliberalismo e políticas de austeridade que sobre ele se avançam.