



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

MÁRCIA CRISTINA FERNANDES PRADO REINA

**GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PANDEMIA PELO COVID-19 EM MUNICÍPIO PAULISTA
BRASILEIRO**

São José do Rio Preto
2021

Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

**GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PANDEMIA PELO COVID-19 EM MUNICÍPIO PAULISTA
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde.

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil(CAPES), código de financiamento 001.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Carvalho Jericó

São José do Rio Preto

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Reina, Márcia Cristina Fernandes Prado
Gestão da atenção primária à saúde na pandemia pelo covid-19 em município paulista brasileiro/Márcia Cristina Fernandes Prado Reina
São José do Rio Preto; 2021.
111p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Orientador: Profª Drª Marli de Carvalho Jericó

1.Gestão em Saúde; 2.Atenção Primária à Saúde; 3.Covid-19; 4.Planos de Contingência; 5. Financiamento da Assistência à Saúde; 6. Custos e análise de custo.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marli de Carvalho Jericó
Presidente e Orientador

Profa. Dra. Ana Freitas Ribeiro
1º Examinador

Profa. Dra. Danielly Negrão Guassú Nogueira
2º Examinador

3º Examinador

1º Suplente

São José do Rio Preto, 26/11/2021

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	vi
Epígrafe	vii
Lista de Figuras e Quadros	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas e Símbolos	x
Resumo.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa da Pesquisa.....	16
1.2 Revisão da Literatura.....	19
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral.....	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
3 MÉTODO.....	32
3.1 Tipo de Estudo.....	32
3.2 Local do Estudo.....	32
3.3 População.....	37
3.4 Procedimentos para Coleta de Dados	37
3.5 Procedimentos Éticos.....	39
3.6 Tratamento e Análise dos Dados.....	39
4 RESULTADOS	42
5 MANUSCRITOS	43
6 CONCLUSÃO.....	90
REFERENCIAS	92
APÊNDICES.....	98
ANEXOS.....	108

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha família, amigos, profissionais da saúde, professores e orientadora.

EPÍGRAFE

“Buscar o conhecimento, não tem idade. Buscar o conhecimento tem vontade, tem oportunidade, tem esperança, tem força, tem vida.”

Autor desconhecido.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1.	Mapa e localização de equipamentos de saúde. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020	33
Quadro 1.	Nível de atenção, equipamentos e gestão. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020	33
Quadro 2.	Protocolo para condução de estudo de caso único, sobre o custo e o resultado das ações realizadas à população pela APS, no enfrentamento da Pandemia pela Covid-19, no SUS. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020	38
Quadro 3.	Escore para dimensionar material: de limpeza e higiene e Equipamentos de Proteção Individual para Pandemia da Covid-19, para áreas de serviços de saúde. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020	39

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

- Tabela 1.** Distribuição de casos da Covid-19, segundo sexo e resultado de exames. Município do Estado de São Paulo/Brasil, 2020 64
- Tabela 2.** Distribuição de casos da Covid-19, por sexo, fatores risco/comorbidade e faixa etária. Município do Estado de São Paulo/Brasil, 2020 65
- Tabela 3.** Distribuição de casos da Covid-19, por faixa etária, internados, fatores de risco/comorbidade e óbitos. Município do Estado de São Paulo/Brasil, 2020 66
- Tabela 4.** Distribuição de casos da Covid-19 internados, segundo fatores de risco/comorbidade. Município do Estado de São Paulo/Brasil, 2020 66
- Tabela 5.** Número de casos Covid-19 notificados, confirmados, internados segundo o grau de complexidade e coeficiente de incidência/100.000 habitantes. Município do Estado de São Paulo/Brasil, 2020 67

MANUSCRITO 2

- Tabela 1.** Distribuição de receitas de recursos financeiros por níveis de governo, segundo os anos de 2017 a 2020. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020 86
- Tabela 2.** Distribuição das despesas (R\$/1000) com as ações da SMS por subfunções, nos anos de 2017 a 2020. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2020 86
- Tabela 3.** Distribuição das despesas (R\$/1000) do recurso para Covid-19, adequando por rateio as despesas com as ações e por subfunção. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2020 87
- Tabela 4.** Distribuição dos valores monetários(R\$) da receita e despesas para enfrentamento da Covid-19, por fonte de repasse de recursos em 2020. Município do Estado de São Paulo, Brasil,2020 87

Tabela 5. Recursos por tipo de itens necessários planejados e executados mensalmente para enfrentamento da pandemia de Covid-19, em 2020. Município do Estado de São Paulo, Brasil, 2020 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Administração
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GAL	Gerenciamento de Ambiente Laboratorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde.
OSS	Organização Social de Saúde

PA	Pronto Atendimento
PIB	Produto Interno Bruto
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPT	Suporte Profilático e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica e Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária

RESUMO

Objetivos: Avaliar aspectos epidemiológicos, como instrumento de gestão, da Covid-19 e a evolução das receitas e despesas nas ações planejadas e realizadas no atendimento à população pela Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, para o enfrentamento da pandemia em um município paulista brasileiro. **Método:** Trata-se de estudo de caso único. A população foi composta por 16 unidades da Atenção Primária à Saúde, sendo 13 do tipo Estratégia de Saúde da Família e três modelo tradicional. O estudo foi orientado para o processo de trabalho em dois níveis de coleta de dados e análise quantitativo (produção e custo). Para critérios de avaliação foram utilizados instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde, Plano de Contingência do Município, análise documental e dados secundários do sistema de informação da Secretária Municipal de Saúde do município em estudo, no período de março a dezembro de 2020. Para tratamento dos dados foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Foram notificados 6.859 casos positivos; 29,00% de homens com maior risco de positividade e de internação, 56,70%. A idade média do total de casos foi de 42(dp-18,37) anos e internados média de 61 (dp-17,09) anos. Do total, 17,15% apresentaram fatores de risco/comorbidade e dos internados, 48,44%. A gestão resultou em 5,61% de internações de casos moderados e graves; 2,33% de graves em Unidade de Terapia Intensiva; taxa de letalidade de internados 22,65% e do município 1,81%; 130,05/100.000 habitantes de risco de mortalidade e 92,06% de não internados. O custo da saúde foi de R\$2,45/*per capita*; os investimentos Covid-19 repassados pelo governo federal (69,95%), estadual (14,88%) e municipal (15,17%), foram executados 97,44%, nas 17 macro ações planejadas, relacionadas nas seis subfunções e, destes 43,36% na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos foram utilizados na avaliação para o plano de contingência. O orçamento já existente e os recursos específicos apresentaram várias adequações no período analisado quanto ao atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Sugere-se, no enfrentamento de pandemias, instrumentos de gestão articulados com o plano de contingência e perfil epidemiológico, para subsidiar ações técnicas e orçamentárias em tempo oportuno. **Descritores:** Gestão em saúde, Atenção Primária à Saúde, Covid-19, Planos de Contingência, Financiamento da Assistência à Saúde, Custos e análise de custo.

ABSTRACT

Objectives: To assess epidemiological aspects of Covid-19 as a management strategy and the evolution of revenues and expenses in the actions planned and carried out to serve the population by the Primary Health Care of the Unified Health System, to fight the pandemic in a municipality São Paulo. **Method:** This is a single case study. The population consisted of 16 Primary Health Care units, 13 of the Family Health Strategy type and three of the traditional model. The study was oriented towards the work process at two levels of data collection and quantitative analysis (production and cost). For evaluation criteria, instruments recommended by the Ministry of Health, the Municipality's Contingency Plan, document analysis and secondary data from the information system of the Municipal Health Department of the municipality under study were used, in the period from March to December 2020. For the treatment of data, descriptive and inferential statistical analysis was performed. **Results:** 6,859 positive cases were reported; 29.00% of men with higher risk of positivity and hospitalization, 56.70%. The average age of the total number of cases was 42 (SD-18.36) years and the average hospitalized was 61 (SD-17.00) years. Of the total, 17.15% had risk factors/co-morbidity and of those admitted, 48.44%. Admissions of moderate and severe cases represented 5.61% and severe cases in the Intensive Care Unit, 2.33%. The mortality rate was 1.81%, mortality risk 130.05/100,000 inhabitants and non-hospitalized 92.06%. The cost of health care in the period analyzed to fight the pandemic totaled R\$2.45/per capita, of the Covid-19 investments 43.36% in Primary Health Care and 97.44% of the resource was executed; **Conclusion:** Epidemiological data were used in the assessment for the contingency plan. The existing budget and the specific resources, presented several adjustments in the analyzed period regarding the attendance at different levels of complexity. It is suggested in the fight against pandemics management instruments articulated contingency plan and epidemiological profile to support technical and budgetary actions in a timely manner. **Descriptors:** Health management, Primary Health Care, Contingency plans, Covid-19, Health Care Financing, Costs and cost analysis.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar aspectos epidemiológicos del Covid-19 como estrategia de gestión y la evolución de los ingresos y gastos en las acciones planificadas y realizadas para atender a la población por la Atención Primaria de Salud del Sistema Único de Salud, para combatir la pandemia en un municipio São Paulo. **Método:** Este es un estudio de caso único. La población estuvo conformada por 16 unidades de Atención Primaria de Salud, 13 del tipo Estrategia Salud de la Familia y tres del modelo tradicional. El estudio se orientó hacia el proceso de trabajo en dos niveles de recolección de datos y análisis cuantitativo (producción y costo). Para los criterios de evaluación se utilizaron los instrumentos recomendados por el Ministerio de Salud, el Plan de Contingencia del Municipio, análisis de documentos y datos secundarios del sistema de información del Departamento Municipal de Salud del municipio en estudio, en el período de marzo a diciembre de 2020. Se realizó el tratamiento de los datos, análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** se notificaron 6.859 casos positivos; 29,00% de hombres con mayor riesgo de positividad y hospitalización, 56,70%. La edad media del número total de casos fue de 42 (DE-18,36) años y la edad media de hospitalización fue de 61 (DE-17,00) años. Del total, el 17,15% presentaba factores de riesgo / comorbilidad y de los ingresados, el 48,44%. Los ingresos de casos moderados y graves representaron el 5,61% y los casos graves en la Unidad de Cuidados Intensivos el 2,33%. La tasa de mortalidad fue del 1,81%, el riesgo de mortalidad 130,05/100.000 habitantes y los no hospitalizados representaron el 92,06%. El costo de la salud en el período analizado para combatir la pandemia fue de R\$ 2,45 / per cápita, de las inversiones del Covid-19 se ejecutó el 43,36% en APS y se ejecutó el 97,44% del recurso; **Conclusión:** Se utilizaron datos epidemiológicos en la evaluación del plan de contingencia. El presupuesto existente y los recursos específicos, presentaron varios ajustes en el período analizado en cuanto a la asistencia a diferentes niveles de complejidad. Se sugiere en los instrumentos de gestión de la lucha contra las pandemias plan de contingencia articulado y perfil epidemiológico para apoyar las acciones técnicas y presupuestarias de manera oportuna. **Descriptor:** Gestión en Salud, Atención Primaria de Salud, Planes de contingencia, Covid-19, Financiamiento de la Atención en Salud, Costos y análisis de costos.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 *Justificativa da Pesquisa*

A doença chamada de Covid-19 é causada pelo agente etiológico coronavírus, denominado SARS-CoV-2. A manifestação clínica da doença varia de infecções assintomáticas, casos leves e moderados a quadros graves de insuficiência respiratória, choque, disfunção de múltiplos órgãos.¹

Conhecer a cadeia epidemiológica da doença Covid-19 é necessário para o planejamento e as avaliações das ações, visto que todo controle da doença e redução de casos passa pelo conhecimento da interrupção da cadeia de transmissão e pelo conhecimento da fisiopatologia da doença quanto aos mecanismos que levam a resposta imunológica e ao agravamento do quadro clínico. Considera-se que em janeiro de 2020 as informações apresentadas eram que não havia evidência de transmissão de pessoa a pessoa.^{2,3}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) informou que a maioria dos casos infectados apresentavam sintomas leves (40,00%) e moderados (40,00%) de Covid-19, e aproximadamente 15,00% dos casos apresentavam quadros graves que necessitavam de suporte de oxigênio e aproximadamente 5,00% poderiam evoluir para insuficiência respiratória.⁴

As ações de enfrentamento para Covid-19 nos serviços de saúde público brasileiro são realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), baseadas nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cujos órgãos apresentam em publicações as normativas e orientações, podendo os municípios ampliar as ações propostas se necessário.

O planejamento para o enfrentamento de uma pandemia, cujo agente etiológico é novo, requer estudos quanto a cadeia de transmissão, prevenção, intervenções e sustentabilidade da transmissão, que da doença Covid-19 estavam em estudo no período desta pesquisa, tornando de difícil dimensionamento as necessidades de material, equipamentos, recursos humanos e outros recursos. Chama atenção que, no período desta pesquisa, houve a necessidade premente de mudança nos procedimentos, a possibilidade de falta de materiais, equipamentos e exames, necessidade de ampliação do número de profissionais, a ausência de vacinas e outros medicamentos específicos, fizeram com que o planejamento necessitasse de adequações com frequência, principalmente no início da pandemia, quase que semanalmente, e durante e após a primeira onda com planejamentos para a médio prazo com foco na organização e programação das ações.⁵⁻¹⁶

As decisões críticas dos gestores municipais, em relação às formas de organização e prestação do cuidado à saúde, são condicionadas pela disponibilidade de recursos relativos às várias fontes de receitas vinculadas à saúde, em seus orçamentos e conhecimento técnico para otimização dos recursos e aplicação oportuna para atender a necessidade do planejado.

Vale lembrar que os recursos financeiros oriundos de repasses federal e estadual para pandemia precisam ser administrados em consonância com a necessidade de preferência planejada sem comprometer em demasia o orçamento, esperado para outras atividades.¹⁵

Dentre as ações para controle da pandemia implantadas no município em estudo, está a de monitoramento e rastreamento de casos: suspeitos, confirmados e que tiveram contado, e realizado por meio de contato telefônico, meio este mais rápido e de

menor custo para se localizar e para obter e fornecer informações a população e, é considerada uma medida de saúde pública.¹⁷ Essa medida entre outras, visa agilidade em contactar as pessoas e reduzir o impacto da pandemia sobre as equipes de saúde e do esgotamento da capacidade de resposta.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no enfrentamento da pandemia do Covid-19, sendo a principal porta de entrada dos casos suspeitos e confirmados, para atendimento nos casos com sintomas leves e moderados que representam 80,00% dos casos.⁴

A pandemia da Covid-19 em 2020 manteve uma transmissão sustentável até dezembro, exigindo dos serviços de saúde adequação a diferentes fluxos e processos de trabalho considerando: os riscos de transmissão da Covid-19, otimização de recursos para manter as ações de prevenção, orientação e atendimento da população principalmente gestante, portadores de doenças crônicas e idosos, independentemente de serem ou não suspeitos de Covid-19, atender as urgências básicas e, realizar as ações de imunização de rotina e campanha.

Também, mediante as demandas de novas ações e decisões ágeis, na visão de administração e gestor local, nesta pesquisa, que conviveu com novas responsabilidades, que foram além da necessidade de manter o equilíbrio financeiro, como a complexidade em analisar, monitorar e propor medidas em tempo real devido a mudança de informações que são produzidas e alteradas muitas vezes, em curto espaço de tempo, a agilidade da comunicação e na obtenção de informação dos casos, se faz necessário por meio de ações integradas por atendimentos presenciais e por telefone. As ações do planejamento de enfrentamento da pandemia passam por: planejamento, execução,

avaliação das metas, administração dos recursos e análise dos resultados, com instrumentos mensuráveis: os indicadores.

O gestor municipal de saúde, diariamente, está na busca para manter as programações relacionadas as ações da Atenção Primária à Saúde, de Vigilância em Saúde, da Média e Alta Complexidade, para o Suporte Profilático e Terapêutico e as Administrativas; além de acompanhar a situação epidemiológica das principais doenças, a expectativa de vida da população, as ações de prevenções, a necessidade de incorporação de novas tecnologias, os custos dos contratos e convênios e outras como o enfrentamento da Pandemia da Covid-19, que exigiu novos esforços e conhecimentos que envolveu planejamento, para administrar o aumento nas despesas com a saúde e manter o acesso da população aos serviços; um grande desafio em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária, em relação a planejamento e execução das ações incluindo a APS que é considerada a ordenadora das ações no território.

Diante deste cenário de pandemia pela Covid-19 ser um evento contemporâneo, não se identificou na literatura consultada publicação sobre a pesquisa em foco. Dessa forma, propõe-se em responder às seguintes questões: Quais são as características dos casos Covid-19 para instrumentar as ações da gestão? Quais são as estratégias gerenciais de enfrentamento na APS? Como a receita e despesas para enfrentamento impactaram nas ações de um município? É possível identificar o custo/*per capita* consumido no enfrentamento da pandemia?

1.2 *Revisão da Literatura*

A pandemia pelo novo coronavírus, SARS-CoV2

Ações de controle para disseminação de doenças no mundo tem na história relatos, desde o século XIX, com a epidemia de cólera. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) procura buscar respostas rápidas aos problemas de saúde pública, incluindo as pandemias, cuja definição está relacionada a distribuição geográfica da doença. A OMS já declarou como Pandemia, apenas cinco vezes, antes do surto pelo novo coronavírus, em 30 de janeiro de 2020, sendo: em abril de 2009 pelo vírus H1N1, maio de 2014 pelo poliovírus, agosto de 2014 pelo vírus ebola, fevereiro de 2016 pelo vírus da zika e em maio de 2018 pelo vírus ebola.¹⁸⁻²⁰

Após a notificação em 31 de dezembro de 2019 para a Organização Mundial da Saúde – OMS, pela China, da existência na cidade de Wuhan, província de Hubei, de casos de pneumonia de etiologia desconhecida, a OMS emitiu orientações para prevenção e controle, considerando que, apesar de ser desconhecido o mecanismo de transmissão, deveriam ser mantidas as precauções, para redução de riscos com síndromes respiratórias agudas que envolvem: contato com pessoas com síndrome gripal, higienização das mãos e etiqueta respiratória; também incluía evitar contato com animais selvagens ou doentes em fazendas ou criações.

O Ministério da Saúde, em 16 de janeiro de 2020, apresentou como ações para o Brasil as recomendações da OMS, sendo essas direcionadas aos Portos, Aeroportos e Fronteiras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Vigilância Animal pela área do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); notificação e monitoramento diário das notificações nacional e internacional; detecção digital de rumores realizadas pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS); avaliação da capacidade para diagnóstico e investigação de agentes etiológicos respiratórios incluindo os Centro Nacional de Influenza – NIC, quanto a insumos para

realizar o diagnóstico de Influenza aviária (H5, H7 e H9) e MersCov. e realizou revisão de protocolos e procedimentos operacionais padrão para Síndrome Respiratória Aguda Grave no país.³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, considerou a COVID-19 uma pandemia visto que o vírus passou a circular em todos os continentes.²⁰ Com o aumento de casos e registros de surtos, no primeiro semestre de 2020, em vários países, principalmente, Itália, França, Reino Unido e Estados Unidos, entre outros, países com potencial para aquisição e administração de material e equipamentos, recursos humanos e serviços, ainda assim houve uma intensa sobrecarga, levando aos mais diversos esgotamentos de oferta de serviços.²¹ A falta de tratamento farmacológico fez com que as medidas consideradas Intervenções Não Farmacológicas (*non-pharmaceutical interventions (NPIs)*) passem a ser utilizadas, pela maioria dos países, de forma a se adequar as políticas nacionais, envolvendo cenário econômico, que se agravou mundialmente com diferentes impactos locais.²¹

No Brasil a estratégia não farmacológica para uma ação de controle da pandemia causada pelo Covid-19, foi muito conflitante pelos governos, nas três esferas de gestão, onde o Ministério da Saúde orientou a utilização de medicamentos, para manuseio precoce de pacientes com Covid-19 e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio de uma deliberação Comissão Intergestores Bipartite (CIB) recomendou a não utilização dos fármacos orientados pelo MS, e ficando a critério dos município que optassem receber o fármaco indicado pelo MS em realizar a solicitação formal ao Departamento Regional de Saúde a que pertence o município.^{22, 23}

A confirmação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, foi registrado em 26/02/2020, em um paciente do sexo masculino, 61 anos de idade, no município de São

Paulo, que deu entrada em um hospital, não atendimento SUS, em 25/02/2020, com relato de ter viajado para Itália, onde se registravam casos no período. Destaca-se que, o município em estudo declarou Emergência de Saúde Pública para Covid-19, em 16 de março de 2020, através do Diário Oficial do município.^{24,25}

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 19 de Março de 2020,²⁶ apresentou as diretrizes e orientações, para os serviços de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, para o enfrentamento da pandemia causada pelo Covid-19. No referido documento é orientado que as unidades de atendimento ambulatorial fizessem contato com os pacientes para reagendamento das consultas quando possível sem prejuízo para estado clínico do paciente, principalmente pacientes do grupo de risco: idosos acima de 60 anos, portadores de comorbidades e imunodeprimidos; exceto situações que o atendimento superasse o risco do Covid-19, para pessoas com diagnóstico de câncer, e consultas necessárias à continuidade de terapêutica farmacológica, o mesmo se aplicou as Cirurgias Eletivas. Também, foi orientado que, pacientes suspeitos e confirmados com Covid-19 não comparecessem ao atendimento de consultas, procedimentos e exames de rotina; quanto ao transporte sanitário, ser restritos, com número limitado e não transportarem casos suspeitos e confirmados de Covid-19 com outros pacientes.

Faz parte da resolução as orientações para dispensação de medicamentos referente a Nota Técnica CAF 01/2020, sobre as diretrizes e procedimentos da assistência farmacêutica, que viabilizou ao paciente autorização automática por três meses, para medicamentos de Alto Custo, evitando que o paciente tenha que comparecer a unidade de saúde para providenciar novas documentações.²⁷ Também, constante da Nota Técnica CAF 01/2020, os medicamentos de controle especial que compõe uma tabela de referência da nota técnica passaram a serem dispensados para mais de 30 dias. Quanto

aos exames laboratoriais, para diagnóstico de Covid-19, do vírus SARS- -CoV-2 por meio de RT-PCR, estava reduzido apenas para pacientes internados graves ou críticos, para unidades sentinelas e para profissionais de saúde com sintomas de Covid-19, conforme consta na Resolução SS - 28, de 17-3-2020, o teste diagnóstico não deveria ser realizado em pessoas assintomáticas ou casos leves e os fluxos apresentados contemplavam pacientes graves e não graves onde os graves são triados para internação.²⁶ O foco do atendimento é na rede hospitalar visando o atendimento de casos graves a redução de óbitos.

O MS também fortalece a orientação para manter os serviços de APS com agendas médica e de enfermagem abertas para demandas espontâneas em torno de 70,00% da capacidade de agendamento.²⁸

O financiamento do SUS para a Atenção Primária em Saúde

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196 estabelece:²⁹

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

No texto do referido artigo, dá-se a diretriz para a mudança no modelo de saúde do país na direção do SUS, cujas práticas envolvem ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento como direito de todos. A proposta do sistema único traz mudanças na definição de responsabilidades nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, no planejamento incluindo estratégias de ações para áreas de vigilância em saúde, assistência e gestão e a necessidade de ações intersetoriais com outros órgãos e serviços.

A regulamentação do novo modelo se dá pelas: Lei Orgânicas da Saúde n.º 8.080 de 19/9/1990 e Lei nº 8.142 de 28/12/1990, cujos instrumentos normativos, para as três

esferas de governo, foram as Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde. Todo avanço no modelo do SUS traz, para o Poder Público Municipal, o papel de gestor da atenção à saúde do município e principalmente da APS, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SUS.³⁰

Como diretriz, o SUS estabelece o município como gestor da atenção à saúde, da população residente.³⁰ O financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de governo União, Estado e Município e realizado por meio de pactuações. A Portaria de dezembro de 2017, dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços do SUS, que passam a ser transferidos na forma de blocos de financiamentos, denominados Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Para o repasse de recursos, nos blocos de custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, são identificados por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação sendo para o custeio: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS e, para o Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde: Atenção Básica, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS.³¹ Em novembro de 2019, pela Portaria nº 2.979, o Ministério da Saúde instituiu Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS que passa a ser constituído por três itens: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.³²

O repasse, vinculado aos critérios de planejamento local e, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Estadual de Saúde, é importante para o desenvolvimento da saúde conforme as realidades; mas, o planejamento e gestão dos

recursos, são essenciais e envolve profissionais capacitados, para os três níveis de governo, para se garantir o custeio e investimentos dos serviços municipais.³³

A diversidade dos municípios no Brasil, em relação a dependência econômica do estado e união é grande, principalmente, se considerar que as arrecadações de recursos de alguns municípios apresenta uma limitação, relacionada com a atividade econômica que pode, as vezes, sofrer com impacto de fatores ambientais como a chuva e a seca, as classificadas em população flutuante, cidades dormitórios impacto da economia em campos de trabalho industriais, capacidade de articulações políticas e outros fatores. Considerando as despesas com a saúde pelo governo federal, no período de 1990 a 2012, respectivamente, registra-se uma redução significativa de 74,40% para 45,50%, sendo que os municípios passaram a aplicar, no mesmo período, respectivamente, de 12,10% para 28,20% em relação aos gastos com a saúde.³⁴ Em 2013 o orçamento para a saúde representou R\$ 99,8 bilhões e, desse total, à Atenção Básica, foi destinada R\$ 16,52 bilhões, ou seja, representa 16,55% do orçamento total do MS.³⁵ Em 2018, a despesa com a atenção básica foi 18,77% do orçamento. Em 2019, de 23,12% e em 2020, de 17,16%.³⁶ Com a Emenda Constitucional 95, de dezembro de 2016, o orçamento federal para a Saúde passou a ter uma perda significativa em relação a vinculação de 15,00% da receita da União com a saúde; em 2019, os investimentos na área da saúde foram de 13,50%. Com o congelamento do orçamento para o SUS e a pandemia, que tem início em 2020, o impacto negativo à saúde da população brasileira pode ser muito significativo.³⁷

O financiamento do SUS para Covid-19

Os repasses de recursos do governo federal, para o enfrentamento da Pandemia da Covid-19, foram em 16 de março de 2020, pela Portaria N° 395, voltados para o Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde na Média e Alta Complexidade (MAC),

direcionados aos Estados e Distrito Federal. Ainda em março pela Portaria N° 237, 18 de março de 2020 foi incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, leitos e procedimentos específicos para atendimento dos casos de Covid-19.^{38,39} Em 19 de março de 2020 a Portaria N° 430 apresenta financiamento federal, para os municípios vinculados ao custeio da APS, direcionado ao funcionamento, em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).⁴⁰ Em maio de 2020, instituíram-se os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, com incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional *per capita*, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional. Esse centro tem como objetivo áreas de comunidades e favelas ou adjacências; a definição de comunidade e favela segue a denominadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) como aglomerado subnormal e identificadas como áreas carentes, com aglomerações, e comprometimentos de urbanização.⁴¹

Custos na APS e Covid-19

Estudos de custos são importantes para o SUS porque mostram quanto de recursos (humanos, material, serviços e tecnologias) são efetivamente gastos, para o desenvolvimento de um programa, serviço, atividade ou tecnologia. Também, indica o quanto de financiamento é necessário para garantir, a toda a população, o acesso à atenção saúde. Ainda, são relevantes, para que a gestão dos serviços se dê de forma eficiente no sistema público de saúde. É importante, que a utilização dos recursos esteja alocada nas subfunções, em conformidade com as quais foram planejados e executados, evitando que gastos de recursos para a APS sejam alocados na subfunção MAC ou outra

subfunção, o que resultaria em informações erradas para o orçamento nos três níveis de gestão.³⁴

Para tanto, é necessário o esclarecimento de algumas terminologias como Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os repasses de recursos, para os blocos de custeios e investimentos aos Municípios, Estados e Distrito Federal, devem estar contemplados no Plano de Saúde e na Programação Anual e aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. As definições para o custeio da APS é encontrado na Portaria N° 2979, de 12 de dezembro de 2019, MS, que institui o Programa Previne Brasil, o atual modelo de financiamento federal de custeio da APS no âmbito do SUS e é constituído por capitação ponderada; pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas; os recursos de custeio serão transferidos na modalidade fundo a fundo, regularmente e automaticamente pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde que tem entre as suas considerações para o repasse a necessidade de implantação de ações estratégicas voltadas à prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras que se fizerem necessárias. O bloco de investimento tem como novo regramento a existência de uma única conta para o repasse dos recursos que são destinados na APS à estruturação da rede de serviços de APS e da atenção à saúde bucal.⁴²

Algumas terminologias de custos no setor público são necessárias como: Receita Pública é o recurso financeiro a ser utilizado, para custear os bens e serviços a serem ofertados à população, que tem origem na arrecadação de impostos, venda de bens, prestação de alguns serviços, repasses de recursos do governo estadual ou federal. Despesa pública é a aplicação do dinheiro, arrecadado por meio de impostos ou outras

fontes, para custear os serviços públicos prestados à sociedade ou, para a realização de investimentos. Despesas, no setor público, representa a aplicação de recursos financeiros para custear os serviços e para investimentos. A origem dos recursos, para as despesas, é através de arrecadação de impostos ou outras fontes que podem ser do governo federal para os estados e municípios e do estado para os municípios. As despesas, no setor público, têm três estágios: 1 - *Despesas empenhadas*: após o planejamento e aprovação das necessidades de recursos para custeio (ex.: prestação de serviços, aquisição de bens de consumo, reformas e outros) ou investimento (Ex.: construção e material permanente) é criada a obrigação do pagamento da despesa pelo gestor público de direito, o que representa a reserva do recurso financeiro existente. 2 - *Despesas liquidadas*: é quando se faz a entrega da necessidade planejada, e cujo recurso foi empenhado, seja para ações de custeio ou de investimento, a conferência da entrega e da despesa apresentada faz parte do segundo estágio. 3 - *Despesas pagas*: é referente a execução do pagamento ao credor.⁴³

Outros conceitos relacionados a custos, que são utilizados para a análise dos dados são: Custos Variáveis: que está relacionado a quantidade de produção para atender número de casos suspeitos e confirmados de Covid-19: recursos humanos, material, serviços e equipamentos específicos para a doença, não foi incluído nos valores apresentados custos fixos já existentes como aluguel de prédio, depreciação de equipamentos.⁴⁴

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar aspectos epidemiológicos da Covid-19 como estratégia de gestão e a evolução das receitas e despesas nas ações planejadas e realizadas para o atendimento à população pela Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, para o enfrentamento da pandemia em um município paulista.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico e clínico dos casos de Covid-19;
- Quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde, pelas três esferas públicas;
- Descrever as relações das despesas por subfunções da saúde mais impactantes;
- Verificar os custos planejados e empenhados, para enfrentamento da pandemia de Covid-19;
- Avaliar o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

Como método de pesquisa, utilizou-se o estudo de caso, tendo sido a escolha por ser o estudo um fenômeno contemporâneo.⁴⁵

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo estudo de caso único, relativo ao perfil epidemiológico dos casos de Covid-19 e resultados das receitas e despesas, no enfrentamento da pandemia de Covid-19, na APS, em um município paulista.

O estudo de caso⁴⁵ propicia a investigação de um fenômeno em profundidade, no local onde ocorre, sendo como questões da pesquisa: o como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos. A partir da observação direta dos eventos, que serão analisados, o estudo de caso possibilita responder questionamentos sobre os quais o pesquisador não tem muito controle, mas, possui um método abrangente com planejamento da coleta e da análise de dados.

3.2. Local do Estudo

O local do estudo foi um município de médio porte, que se localiza no noroeste do Estado de São Paulo/Brasil, dista da capital 519 km. Tem uma população de 95.338 habitantes, uma área geográfica 420,70 km² e uma densidade populacional de 218 habitantes/km², Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*: R\$ 30.269,67.⁴⁶

Especificamente, esta pesquisa envolveu os serviços de saúde da APS. Atualmente, o município conta com 16 unidades básicas, sendo 13 com modelo Estratégia Saúde da Família(ESF) (19 equipes Saúde da Família) e três unidades no modelo tradicional, ou seja, Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas unidades de pronto atendimento e um hospital de referência, como pode-se observar a distribuição no espaço geográfico no município (Figura 1).

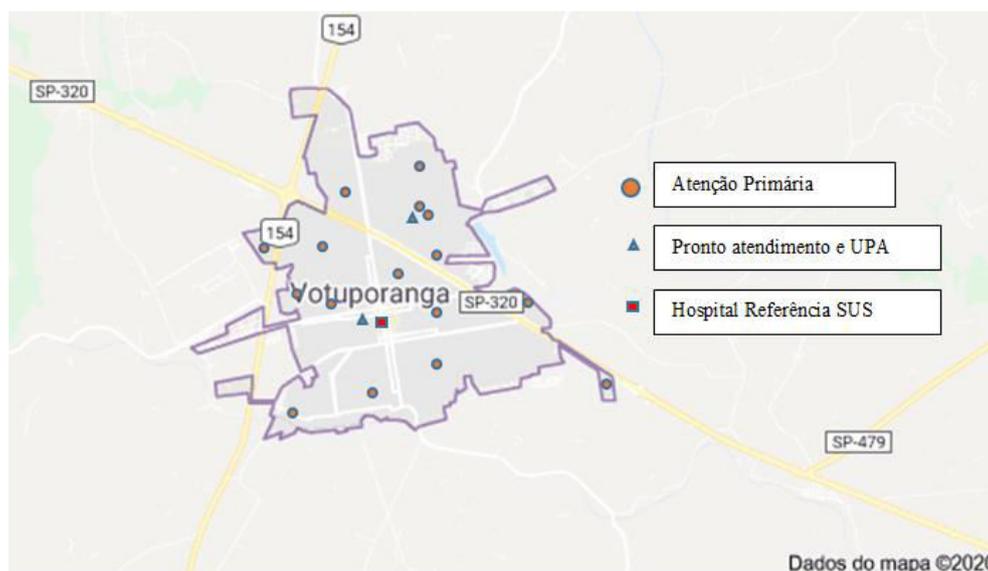


Figura 1. Mapa e localização de equipamentos de saúde. Município Paulista, Brasil, 2020

A média e alta complexidade no município também, dispõe de equipamentos que atendem ao SUS e são referência para a região da Comissão Intergestora Regional (CIR) composta pelos 17 municípios (Quadro 1).

Quadro 1. Nível de atenção, equipamentos e gestão. Município paulista, Brasil, 2020

Nível	Equipamentos	N	Gestão
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde com sala de vacina	16	Municipal
	Unidade de Avaliação e Controle Saúde	01	
	Unidade de Vigilância em Saúde	01	
	Academia da Saúde	02	
	Central de Abastecimento Farmacêutico	01	
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	02	
	Centro de Referência de Enfrentamento a Covid-19	01	
Média Complexidade	Centro de Especialidade Odontológica	01	Municipal
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)	01	
	Serviço de Atendimento Especializado	01	
	Banco de Leite Humano	01	
	Unidade de Coleta de Sangue – Vinculado ao Hemocentro Ribeirão Preto	01	
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	01	
	Pronto Atendimento Municipal	01	
	Centro de Atenção Psicossocial II	01	

	Centro de Atenção Psicossocial AD	01	
	Ambulatório de Saúde Mental	01	
	Laboratório Municipal	01	
	Centro de Zoonoses	01	
	Unidade de Transporte em Saúde	01	
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME)	01	Estadual
	Outros serviços de apoio diagnóstico*	06	Privado
Alta Complexidade	Hospital Santa Casa com Pronto Socorro	01	Estadual
	Hospital não atendimento SUS	01	Privado

*laboratórios e diagnóstico de imagem

Fonte: Departamento Assistencial/SESAU

O atendimento à população na pandemia Covid-a19 no município em estudo.

O atendimento à população para casos suspeitos e confirmados de Covid-19, na APS desse município, passou por mudanças desde janeiro de 2020 quando das primeiras orientações do MS. Atualmente, a orientação para a população é que procure atendimento nas Unidades de Saúde diante de qualquer dos sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.⁴⁷

A demanda à unidade de APS é espontânea ou encaminhada, pelos profissionais do monitoramento de pessoas com 60 anos e mais ou acamados, que realizam contato por telefone, para orientação e identificação de sinais de alerta de Covid-19 e, que precisam ser avaliados; também podem receber pacientes encaminhados, pela equipe do monitoramento de casos suspeitos e confirmados, que realizam contato com os pacientes por telefone, para identificar agravamento dos sinais e sintomas e direcionar para atendimento, de regulação pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou para a APS, conforme avaliação do médico do monitoramento, outra demanda pode ser através das unidades de pronto atendimento ou do hospital.

As unidades de saúde foram preparadas com uma sala de isolamento, onde o paciente ao chegar à unidade é direcionado e recebe atendimento de enfermagem e médico (Anexo 1), se necessário, é coletado material para exame dentro do protocolo⁴⁷ (Anexo 2), encaminhado para unidade de referência hospitalar conforme gravidade e protocolo do MS (Anexo 3)¹ ou, para isolamento social no domicílio sendo as orientações de isolamento para o paciente e familiares, realizado conforme protocolo e coletado assinatura do paciente ou responsável sobre as orientações recebidas (Anexo 4).^{1,47}

A notificação do caso suspeito ou confirmado é realizada, por meio do sistema E-SUS Notifica, a notificação dos contatos é encaminhado, por e-mail, à vigilância epidemiológica do município, para rastreamento e monitoramento do caso e contatos, conforme protocolo (Anexo 5,6).^{17,47}

Em situação de atendimento ao paciente, em que o tempo para coleta do exame não é oportuno, e o paciente receber alta para domicílio, o mesmo deverá retornar à unidade para a coleta do exame na data agendada. O atendimento dos casos confirmados, quando necessário, são realizados pela equipe da unidade na sala de isolamento.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Atendimento (PA), quando atende um caso suspeito, pode coletar exame ou, se a data não for oportuna, para a coleta, o paciente é encaminhado, para realizar o procedimento na unidade de saúde. Após a coleta do exame, *SWAB* ou teste rápido, ele é encaminhado para o laboratório municipal ou para laboratório contratado, conforme a disponibilização e o tipo do exame solicitado.

As requisições e resultados dos exames, para Covid-19, são realizadas no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Em casos de pacientes que evoluíram para

óbito é indicado coleta de amostras para diagnóstico.⁴⁸ A solicitação do exame é feita no sistema quando é *SWAB* (Anexo 3). O laboratório municipal recebe os exames das unidades, confere, separa os testes rápidos que serão processados no referido laboratório e prepara as amostras de *SWAB*, para serem encaminhados para o laboratório de referência do Estado em outro município da região que dista 80 km. O transporte é realizado pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os medicamentos dispensados, para os pacientes, devem constar na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e fornecidos com a apresentação da receita médica após a consulta, nas unidades de atenção primária.⁴⁹

O caso suspeito ou confirmado será monitorado. por telefone. por equipe multiprofissional, durante os dias de afastamento, conforme diretrizes do MS e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através das Deliberações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), aprovadas em reunião Bipartite no Estado de São Paulo.¹⁷

O atendimento de rotina, para gestantes e puérperas, foi preparado dentro da unidade, se possível no período da tarde, em sala de espera separada e com agendamentos espaçados para que fiquem por pouco tempo na unidade. Para as gestantes suspeita ou confirmada, em acompanhamento de Covid-19, o atendimento quando necessário é realizado na sala de isolamento e, após o período de isolamento, onde são monitoradas pela equipe, voltam para as consultas de pré-natal reagendadas.

Quando da verificação nos sistemas dos laboratórios do resultado dos exames que são encaminhados pelos serviços da SMS, pela vigilância epidemiológica, se o resultado for detectável ou positivo conforme o teste realizado, é informado ao paciente, por telefone, pelo médico da vigilância ou da central de monitoramento, o tempo de demora do resultado do exame do laboratório de referência é de 48 horas podendo ser maior

quando do aumento de casos, o prazo da informação dos resultados aos pacientes é no mesmo dia do resultado, porém durante o período de maior número de exames o retorno dos resultados chegou a ser maior que 24 horas da data do resultado.

Os profissionais das unidades de saúde foram orientados e possuem equipamentos de proteção individual (EPI), conforme as orientações do MS, e foi oferecido o teste rápido para triagem, assintomáticos, sendo para Agente Comunitário de Endemias (ACE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) em julho e para todos em setembro incluindo os ACE e ACS, os casos positivos foram afastados conforme protocolo.²⁸

3.3 População

Critério da inclusão:

Todas as dezesseis (16) unidades de APS e duas (02) bases de monitoramento, sendo 13 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em toda área urbana município, três Unidades de Saúde Modelo Tradicional distribuídas uma em distrito e duas na área urbana, duas bases de monitoramento e hospitais notificantes de casos Covid-19, públicos e privados.

Critério da Exclusão:

Serviços que não são prestadores de serviços para o SUS no município, quanto ao recebimento de recursos financeiros.

Despesas de gestão da Organização Social de Saúde, para enfrentamento da pandemia, que não fossem de contrato com o município.

3.4 Procedimentos para Coleta de Dados

O protocolo segue ao modelo de estrutura composicional analítica linear⁴⁵.

Quadro 2 – Protocolo para condução de estudo de caso único, sobre o custo e o resultado das ações realizadas à população pela APS, no enfrentamento da Pandemia pelo Covid-19, no SUS Município Paulista, Brasil, 2020

Etapa: Coleta de Dados	
Objetivos	Atividades
Identificar e analisar documentos oficiais internos e externos dos serviços de saúde que compõem a população e dados relacionados aos serviços de saúde e atendimento a Covid-19, para identificar a ocorrência, relativa ao período em estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Obter autorização do Comitê de Ética para iniciar a coleta de dados. - Coleta de documentos oficiais internos e externos das unidades relacionados a planos, diretrizes, normas, marcos legais e protocolos para enfrentamento da Covid-19;^{1,3, 4, 5, 17, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35} - Coletar dados: produção de atendimento ambulatorial, por meio de registro interno para monitoramento de casos Covid-19, planilha da vigilância epidemiológica do município; - Coleta de dados de despesas com a pandemia por Covid-19 no portal da transparência e plano de contingência. - A coleta de dados dos indicadores está embasada nas diretrizes e coletados nos dados oficiais e disponibilizados nos sites oficiais da OMS, MS, governo do Estado de São Paulo e Prefeitura municipal. - Os indicadores de desempenho no período analisado: taxa de letalidade, taxa de cobertura da APS no enfrentamento da pandemia, planilha da vigilância epidemiológica do município, proporção de financiamento e gastos com a Covid-19 no município.
Etapa: organização, tratamento e análise dos dados	
Objetivos	Atividades
Organizar os dados coletados e tratamento para análise e discussão das informações.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenar os documentos cronologicamente. - Organizar os dados de atendimentos em planilhas de <i>Excel</i>, por ordem cronológica. - Organizar os custos em planilhas de <i>Excel</i> por ordem cronológica.
Etapa: tratamento e análise dos dados	
Objetivos	Atividades
Analisar e descrição dos resultados.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os dados em tabelas e figuras. - Analisar os dados estatísticos e identificar os resultados apresentados. - Analisar os indicadores epidemiológicos, assistencial e orçamentários. - Discutir a relação das informações obtidas dos indicadores e o objetivo do estudo de caso.

Conclusão	
Objetivos	Atividades
Apresentar a análise dos resultados obtidos aspectos epidemiológicos e a evolução das receitas e despesas da pandemia por Covid-19.	Descrever a conclusão e aplicação dos resultados obtidos.

Fonte: Adaptado Jerico.⁵⁰

3.5. Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 envolvendo seres humanos e aprovado segundo parecer nº 4.453.992 (Anexo 8). Foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, por tratar-se da coleta de dados secundários.

3.6. Tratamento e Análise dos Dados

Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se um banco de dados existente de produção das unidades, planilhas de registo de produção de monitoramento da central das unidades, realizada em programa *Microsoft Excel* e, submetido a análise descritiva em programa estatístico, pertinente aos objetivos traçados.

Os dados quantitativos de receitas e despesas, por itens e subfunções foram extraídos do portal da transparência do município. Foi adotado um sistema de pontuação, para dimensionar os materiais de limpeza e higiene e EPI consumidos, para as áreas de serviços de saúde do município (Quadro 3).

Quadro 3 - Escore para dimensionar material: de limpeza e higiene e Equipamentos de Proteção Individual para Pandemia da Covid-19, para áreas de serviços de saúde, Município Paulista, Brasil, 2020

Pontuação	1	2	3	4
Área/ambiente	< 5	05 – 10	11 - 20	> 20
Horas funcionamento/semana	50	51-84	84-168	
Número profissional	<10	10 – 20	21 - 30	>30

Fluxo/atendimento/ pacientes	Não atende pacientes e raramente público	Sim atende público e não pacientes.	Sim atende pacientes com agendamento	Sim atende paciente com demanda espontânea e Síndrome Respiratória
---------------------------------	---	---	--	---

Posteriormente, foi construído uma planilha geral em programa *Microsoft Excel* e analisadas com apoio de programas estatísticos pertinentes.

Os dados epidemiológicos foram analisados, utilizando planilhas geradas dos sistemas de informações, alimentadas pelo município, programa *Microsoft Excel* e software de domínio público, voltado a área da saúde, na parte de epidemiologia o Epi info.

O resultado quantitativo foi obtido dos registros de atendimentos e das notificações de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, nos sistemas de produção e de notificações, do boletim epidemiológico municipal e planilhas financeiras do portal da transparência, submetido a análise em pertinente aos objetivos traçados.

4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

A dissertação decorrente do mestrado foi estruturada na forma alternativa, com dois artigos, o primeiro apresentado no Exame de Qualificação e outro na Defesa do Mestrado como segue:

O Manuscrito 1 – intitulado **“Gestão na pandemia da Covid-19: aspectos epidemiológicos em município paulista brasileiro”** a ser submetido para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

O Manuscrito 2 - para a defesa do Mestrado será **"Gestão da Atenção Primária à Saúde na pandemia pelo Covid-19: Financiamento e despesas em relação ao planejado na aplicação de recursos públicos"**, a ser submetido para publicação na revista de Saúde Pública.

5 MANUSCRITOS

MANUSCRITO 1

Gestão na pandemia da Covid-19: aspectos epidemiológicos em município paulista brasileiro**Management in the Covid-19 pandemic: epidemiological aspects in a Brazilian city of São Paulo****RESUMO:**

Objetivo: Avaliar aspectos epidemiológicos como instrumento de gestão da Covid-19, para enfrentamento da pandemia. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa analítica, em município paulista brasileiro, ano de 2020. A população composta por casos notificados no sistema nacional, residentes no município. Os dados foram tratados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Foram notificados 6.859 casos positivos; 29,00% homens com maior risco de positividade e internação, 56,70%. Idade média foi 42(dp-18,37) anos e internados média, 61 (dp-17,09) anos; faixas etárias de 60 ou mais representaram 54,49%, e a de 80 a 89 anos, maior taxa de internação, 47,55%. Do total, 17,15% apresentaram fatores de risco/comorbidade e, internados, 48,44%, associação estatística significativa $p=0,0001$. Nos internados, doença cardiovascular crônica foi a principal comorbidade, 61,43%. A gestão em saúde resultou internações de casos moderados e graves 5,61% e graves críticos 2,33%; taxa de letalidade de internados de 21,65% e do município de 1,81%, risco de mortalidade 130,05/100.000 habitantes e não internados leves e moderados 91,97%. **Conclusão:** O perfil epidemiológico para gestão, contribuiu para o planejamento e para relevantes resultados na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Covid-19. Perfil Epidemiológico. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: Evaluate epidemiological aspects as a tool for the management of Covid-19 to face the pandemic. **Methods:** Cross-sectional study with an analytical and quantitative approach, in a city in São Paulo, Brazil, the year, 2020. The population consisted of cases reported in the national system, residing in the city. Data were treated by descriptive and inferential statistics. **Results:** Mean age was 42 (SD-18.37) years and average hospitalized, 61 (SD-17.09) years; age groups of 60 or over-represented 54.49%, and those between 80 and 89 years old had the highest hospitalization rate, 47.55%. Of the total, 17.15% had risk factors/comorbidity and, hospitalized, 48.44%, a statistically significant association $p=0.0001$. Among hospitalized patients, chronic cardiovascular disease was the main comorbidity, 61.43%. The health management resulted in admissions of moderate and severe cases 5.61% and critical severe cases 2.33%; hospitalized lethality rate of 21.65% and 1.81% for the municipality, mortality risk 130.05/100,000 inhabitants and mild and moderate non-hospitalized patients represented 91.97%. **Conclusion:** Epidemiological data in management contributed to the planning and relevant results in Primary Health Care.

KEYWORDS: Health Management. Covid-19. Epidemiologic Profile. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO:

A epidemiologia tem um papel importante no processo de construção do planejamento da saúde dos municípios. É fundamental para se tomar decisões em situações programadas ou não; para a organização dos serviços com conhecimento técnico da realidade local e, também, para adequar os planejamentos às necessidades para a população¹.

A análise de indicadores pode gerar evidências que indicam o padrão e a tendência da situação epidemiológica da pandemia de Covid-19². Estas informações auxiliam no plano de contingência para uma estratégia de preparação e resposta a ser desencadeada em tempo oportuno³.

A Covid-19 é caracterizada como uma Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Foi identificado em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China; é uma doença potencialmente grave, de elevada transmissibilidade⁴.

No Brasil, o primeiro caso confirmado foi um homem de 61 anos, identificado no dia 26 de fevereiro de 2020⁵. No município desta pesquisa, a primeira notificação foi em 19/03/2020, caso de um homem de 69 anos.

Em março de 2020, a definição de caso suspeito compreendia febre e sintomas respiratórios e, também, viagem para área afetada ou contato com caso confirmado ou suspeito ou febre ou sintoma respiratório e contato, nos últimos 14 dias, com caso domiciliar confirmado, sendo essa definição o critério para a realização de testes para Covid-19 *Reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) em tempo real⁶. Em 20 de março de 2020 a transmissão comunitária foi declarada para todo o território nacional⁷.

Em primeiro de junho de 2020, a mudança nos critérios para a realização de testes da Covid-19 foi de grande impacto positivo para a ampliação de seu diagnóstico para a população. Foram incorporados testes laboratoriais (RT-PCR e sorológicos), possibilitando a inclusão de pessoas suspeitas com sintomas de Covid-19, assintomáticas e surtos. A definição de caso suspeito com sintomas foi estabelecida como com quadro respiratório agudo, sensação de febre ou febre, mesmo que relatada, ainda com tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória, ou ausência de

paladar, ou ausência de olfato; criança considera obstrução nasal e, em idoso, a febre pode estar ausente e presença de agravamentos. Também se ampliou a possibilidade de ações de controle, voltadas para rastreamento e monitoramento de contatos, investigação de grupos mais vulneráveis para infecção e para gravidade e realização de inquéritos sorológicos⁸.

Outro tema, que passou a fazer parte da situação epidemiológica do Covid-19, diz respeito às diferentes variantes do SARS-CoV-2. Em janeiro de 2021, foi apresentado o relatório referente à ocorrência de variantes do SARS-CoV-2 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Neste relatório foram consideradas como de interesse e preocupação, a Variante de Preocupação (VOC) 202012/01, linhagem B.1.1.7, notificada pelo Reino Unido, e a Variante 501.V2, linhagem B.1.351, pela África do Sul, ambas notificadas à Organização Mundial da Saúde (OMS), em dezembro de 2020. Também relatam, como sendo de potencial interesse de saúde pública, as Linhagem B.1.1.28 descrita em março de 2020, Variante P.1, linhagem B.1.1.28, notificada em janeiro de 2021, pelo Japão e, no Brasil, apresenta a mutação E484K e Variante L452R pelos Estados Unidos da América (EUA), em janeiro de 2021⁹.

O ano de 2020 termina, mas se mantém a transmissão sustentada e a situação epidemiológica da Covid-19, nos países com os maiores números de casos absolutos acumulados, era: EUA 20.426.184, Índia 10.323.965, Brasil 7.716.40, Rússia 3.179.898 e França 2.700.480. Em relação ao número de óbitos, os EUA 350.186, Brasil 195.725, Índia 149.435, México 126.851 e Itália 74.985¹⁰.

No Brasil, o ano de 2021 inicia com a perspectiva da vacinação como estratégia de controle. No dia 17 de janeiro de 2021, no Estado de São Paulo, é aplicada a primeira

vacina que traz a esperança de mudança no perfil epidemiológico dos casos de Covid-19 para os profissionais de saúde e população¹¹.

Considerando-se o contexto apresentado, justifica-se a presente pesquisa, cujo objetivo foi de avaliar aspectos epidemiológicos como instrumento de gestão da Covid-19, para enfrentamento da pandemia

MÉTODOS:

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. O local de pesquisa foi um município de médio porte, que se localiza no noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Tem uma população de 95.338, densidade de 218 habitantes/km², Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*: R\$ 30.269,67¹². Nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), a média de produção de atendimento médico é de 16.900 consultas/mês e 200 mil/ano, de atendimento por outros profissionais de nível superior média de 8.000/mês e 98 mil/ano, de atividades de agente comunitário de saúde e de combate a endemias de 40mil/mês e 496 mil/ano e de procedimentos como realização e coleta de exames, curativos, administração de medicamentos, cateterismos, excisão e/ou sutura simples e outros: de 33.500/mês e 400 mil/ano.

A pesquisa foi realizada no período de março a dezembro de 2020, devido ao início de casos Covid-19. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e a coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – parecer nº 4.453.992.

A população foi composta por casos notificados de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, dos serviços públicos e privados, residentes no município. Compõem os serviços públicos, 16 unidades da APS, sendo 13 do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três do modelo tradicional, ou seja, Unidade Básica de Saúde (UBS) e os serviços privados são hospital geral, clínicas e consultórios de convênios ou

particulares. Utilizou-se como critério de exclusão os casos notificados que não atendiam ao critério de caso suspeito⁴ e sem exame realizado, casos notificados e residentes em outro município, duplicidades do mesmo atendimento e aqueles registros com campos vazios para idade, sexo, município de residência, data de notificação, data de primeiros sintomas.

No município da pesquisa o plano de contingência contemplou as ações para enfrentamento e controle da pandemia, conforme as diretrizes nacional e estadual, com implantação do centro de referência para atendimento de casos Covid-19, ampliado a testagem com aquisição de testes e de serviços e realizou monitoramento de casos, contatos e de população de 60 anos e mais^{4,8}.

Para mapear as notificações dos casos de Covid-19, os dados foram obtidos junto ao banco de dados do município em questão, que contém registro dos dados notificados e investigados da ferramenta *online* do Ministério da Saúde para notificação de casos de síndrome gripal (SG) leve e moderada, suspeitos e confirmados de Covid-19, no endereço eletrônico da plataforma e-SUS; os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos não hospitalizados no sistema de informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe)⁴.

Posteriormente, foi elaborada uma nova planilha, na ferramenta *Excel*, contendo somente os dados analisados nesta pesquisa, composta por variáveis qualitativas e quantitativas, tais como: idade, sexo, resultado de exames, comorbidades, hospitalização, data e tipo da alta e óbito. Também, utilizou-se o total da população residente, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², para o cálculo por faixa etária.

Para classificar a notificação por gravidade dos casos confirmados, utilizou-se os parâmetros das manifestações clínicas associados a internações ou não, e o parâmetro

apresentado pela OMS da seguinte forma: Leves e Moderados 80,00%, considerado os não internados; graves com suporte de oxigênio 15,00%, considerado os internados em enfermarias e graves considerado forma crítica da doença com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos 5,00% internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e óbito não internados^{4,13}.

Para cálculo da taxa de internação foi considerado a razão entre o número de internações confirmados para Covid-19 e o número total de casos confirmados para Covid-19 x 1000².

Para cálculo da taxa de letalidade do Estado de São Paulo foi utilizado a razão entre o número de óbitos confirmados para Covid-19 e o número de casos confirmados para Covid-19 x 100, acumulados até 31/12/2020, no Estado de São Paulo¹⁴.

O *software* Epi info foi utilizado para tratamento e análise estatística descritiva e inferencial dos dados. Para a associação entre variáveis, utilizou-se o teste Qui-quadrado com valor de $p < 0,05$, considerado estatisticamente significativo e, para quantificar a força de associação, o *Odds Ratio (OR)*.

RESULTADOS:

Foram encontradas 26.401 notificações de casos suspeitos da Covid-19; destes, 6.859 (25,98%) confirmados, com a positividade no resultado dos exames maior no sexo masculino 29,00%, e feminino 24,00%; apresentando diferença estatisticamente significativa $p=0,000$. Dos casos confirmados, a proporção entre os sexos foi maior no sexo feminino, 55,80% dos casos com intervalo de confiança de 2,40% (Tabela 1).

Na Tabela 2 observa-se a distribuição dos casos Covid-19 com maior porcentagem 21,81%, na faixa etária de 30 a 39 anos, feminino 22,09% e masculino

21,45% e coeficiente de incidência maior 100,11/1.000 hab. Quanto à medida de tendência, a média de 42 anos (dp-18,37). A faixa etária de 60 a 69 anos apresenta maior proporção de casos com comorbidade 21,43%, e a faixa de 60 e mais anos e expressiva com 43,29% dos casos com fatores de risco/comorbidade. Do total de casos, 17,15% apresentaram fatores de risco/comorbidade.

Na Tabela 3, verifica-se que 7,95% dos casos foram internados, com maior proporção, 47,55%, na faixa etária 80 a 89 anos. Dos casos internados, 48,44% tinham comorbidade. A associação entre casos com comorbidade e internação foi estatisticamente significativa $p=0,000$. A faixa etária de 70 a 79 anos apresentou maior proporção de internados com comorbidade 68,89%. A taxa de letalidade de internados foi 21,65%, sendo maior de 90 a 99 anos, 60,00%. A proporção, taxa de internação foi maior no sexo masculino, 56,70%, indicando uma exposição de risco (OR=1,72), taxa de internação 10,20% e com fatores de risco/comorbidade 55,30% indicando uma exposição de risco (OR=1,76). Nos óbitos a proporção maior foi do sexo masculino 58,87%, indicando uma exposição de risco (OR=1,82). O Coeficiente de Mortalidade foi 130,05/100.000 habitantes.

Na Tabela 4 a maior proporção de fator de risco/comorbidade entre pacientes internados e óbito foi a Doença Cardiovascular Crônica, 61,43%, e limite de confiança 49,03%-72,83%.

Na Tabela 5 observa-se que o mês de julho apresentou maior número de casos notificados: 5.446 e confirmados 1.613, sendo a proporção de casos confirmados em relação aos notificados de 29,62%. A maior proporção de casos confirmados em relação aos notificados foi em junho, 38,44%.

Os casos internados foram maiores em agosto, sendo 73 graves e 42 graves críticos. A relação de casos internados graves e de internados graves críticos, em

proporção aos confirmados, foi maior em março com 40,00% nas duas classificações. O menor registro de proporção de casos internados graves foi no mês de julho, 4,40%, e de internados graves críticos no mês de novembro, 1,51%. Os casos não internados 92,05%, sendo leves e moderados representaram 91,97% e 0,06% graves e não estavam internados.

DISCUSSÃO:

O atendimento dos casos de Covid-19 no SUS é realizada pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a APS comunicadora e coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços da RAS, e a ESF com papel relevante nas ações de prevenção e promoção, diagnóstico precoce, monitoramento, acompanhamento pós alta e integração nos diferentes níveis de atenção, visando a redução da transmissão, de óbitos, do fortalecimento dos fluxos e, diminuindo a demanda dos serviços de saúde pública¹⁵.

É importante destacar que, o município em questão conta com 100,00% de abrangência na APS e 81,50% (N=13) de unidades com o modelo ESF, onde as demandas e os equipamentos de saúde disponíveis no período da pesquisa, apresentaram fluxos integrados entre os serviços ambulatorial e hospitalar da RAS, fundamentado nos princípios de hierarquização dos serviços de saúde¹⁶.

A reestruturação das unidades para atendimento aos usuários com suspeita ou diagnosticados com Covid-19, dependeu da gestão da ambiência, ou seja, do espaço físico, organização, redesenho de fluxos operacionais e clínicos, adequação de protocolos com reavaliação frequente, que versavam sobre os vários aspectos do cuidado no enfrentamento desta doença infecciosa de alta transmissibilidade⁴.

A análise dos atendimentos mostrou a proporção de casos confirmados maior no sexo feminino, 55,80%. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos de perfil

epidemiológico no Paraná, 53,00%¹⁷; Maranhão, 52,00%¹⁸ e Vale do Ribeira/SP, 52,90¹⁹. Contudo, documento da OPAS aponta não haver diferença significativa de sexo quanto aos números absolutos²⁰.

A positividade nos resultados de exames desta pesquisa, foi maior no sexo masculino, 29,00%, e em estudo no Reino Unido, o risco de positivos foi também maior no sexo masculino, 18,40%²¹.

A faixa etária prevalente nesta pesquisa foi de 30-39 anos - 21,81%, corroborando com esses achados, estudos apontaram maior risco na mesma faixa etária no Paraná¹⁷(13,60%) e Maranhão¹⁸ (28,40%). Entretanto, estudo no Vale do Ribeira¹⁹ mostrou faixa etária de 20 a 59 anos - 78,70%. Desta forma, evidencia-se a presença de população adulta nestes contextos investigados.

Os idosos são considerados uma população de risco para Covid-19⁴ e a proporção de idosos com Covid-19 representou no município ,18,28% do total dos casos e, das internações com comorbidade, os idosos representaram 64,39%, sendo a taxa de letalidade de 7,97%, um valor acima da taxa de letalidade total do município de 1,81%. Estudo dos estados brasileiros encontrou a maior taxa de letalidade 56,46% na Bahia e a menor 8,05% em Santa Catarina²²; os resultados fortalecem a importância das ações desenvolvidas para assegurar o acesso aos serviços de saúde, principalmente, na APS, de diagnóstico precoce e monitoramento que são parte das diretrizes e de estudos para o controle da pandemia de Covid-19²³.

Os estudos relacionados à distribuição dos casos, por faixa etária e sexo, norteiam o planejamento das ações de orientação e envolvimento de prevenção e estruturação de serviços para acesso da população²⁰.

Nesta pesquisa, a presença de comorbidade foi 17,15%; com valor expressivo na faixa etária de 60 anos e mais de 43,29% dos casos. Estudos apontam que a relação

das comorbidades com os casos graves são importantes, para estruturar o atendimento na APS, nos serviços hospitalares, bem como, a preparação para a pós-alta hospitalar²⁰.

Houve associação nesta pesquisa entre os 264 casos confirmados internados e fatores de risco/comorbidades com $p < 0,05$ e, dentre os internados, 48,44% apresentaram comorbidades, resultado menor que o encontrado, 66,00%, em estudo do Paraná¹⁷. Estudo epidemiológico em Wuhan, China, realizado, em janeiro de 2020, relatou que 51,00% dos pacientes tinham doenças crônicas²⁴. Ainda, no guia de vigilância epidemiológica para Covid-19⁴, foi apresentado como fatores de risco/comorbidades para os casos de Covid-19, dentre outras: Diabetes *mellitus*, Imunodeficiência/Imunodepressão, Doença Cardiovascular Crônica, Doença Hepática Crônica, Doença Neurológica Crônica, Doença Renal Crônica, Doença Hematológica Crônica, Asma, Outra Pneumopatia Crônica e Obesidade.

Nas internações por faixa etária; de 60 a 69 anos foi a maior 22,75% e de 60 anos ou mais totalizam 54,49% das internações. As faixas etárias acima de 60 anos apresentaram as maiores taxas de internação, assim como, apresentado em estudo da OPAS no Brasil, os idosos acima de 60 anos apresentam as maiores taxas de internação diária²⁵. O acompanhamento e análise dos dados das internações são importantes para a manutenção ou ampliação dos leitos hospitalares²⁶. Isto com foco na tendência da pandemia, quanto à transmissão e gravidade dos casos e a possibilidade da vacinação, que teve início em janeiro de 2021, no Estado de São Paulo¹¹.

A proporção de internação do sexo masculino foi maior 56,70% e semelhante ao encontrado pela rede Nacional de Vigilância Epidemiológica da Espanha; a proporção de internações, em abril de 2020, era maior no sexo masculino, 57,10%²⁷.

Ao analisar os óbitos, encontrou-se taxa de letalidade do município de 1,81% menor que a do Estado de São Paulo 3,19%¹⁴; a taxa de letalidade em internados foi de

21,65% e maior na faixa etária de internados 90 a 99 anos, 60,00%. O coeficiente de mortalidade de Covid-19 foi 130,06/100.000 habitantes, em 30 de dezembro 2020; superior ao do estado de São Paulo 125,35/100.000 habitantes, apresentado no estudo de mortalidade nas capitais do Brasil²⁸.

A taxa de letalidade propicia avaliar a severidade de uma doença², que pode ser da característica da doença e fatores que influenciam como as condições socioeconômicas, acesso a diagnóstico e tratamento; constituindo-se em ferramenta de gestão utilizada na pandemia, mas, se faz necessário considerar limitação, no período analisado da pandemia, na comparação com outras localidades quanto ao diagnóstico ofertado para a população e digitação dos dados, nos sistemas de informações oficiais, essenciais para representar a realidade²⁹; o município desta pesquisa manteve uma oferta de diagnóstico para Covid-19 conforme os protocolos⁴, monitoramento dos casos e acesso aos serviços; quanto a digitação dos casos e os óbitos atenderam as diretrizes nacional e do Estado de São paulo^{4,8,16}.

O coeficiente de mortalidade como medida relativa de risco da Covid-19 na população do município ser maior que o valor apresentado no Estado de São Paulo é importante e traz para discussão, as questões acima mencionadas, para comparação na taxa de letalidade e, a importância se ampliar o estudo para a distribuição nas diferentes faixas etárias, para que a comparação não seja prejudicada com erros na conclusão e possa subsidiar na definição das necessidades e prioridades no planejamento da gestão².

Desta forma, pode-se inferir que nos casos de óbito com comorbidade, a doença cardiovascular crônica representou a principal comorbidade, 61,43%, seguida por diabetes *mellitus* 35,71%. Semelhante resultado relacionado a doença cardiovascular crônica, 46,73 % e diabetes *mellitus*, 31,85% foi encontrado no Paraná¹⁷. Em estudo do Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças, entre os pacientes

com diagnóstico de Covid-19, 6,00% tinham hipertensão, 7,30% diabetes mellitus e 10,50% doença cardiovascular³⁰. Fatores de risco cardiovascular e condições cardiovasculares crônicas são prevalentes entre os afetados por Covid-19 e estão associados a resultados adversos^{24,30}.

No que se refere à frequência de casos, esta pesquisa encontrou no mês de julho o maior número de casos notificados, 5.446 e confirmados 1.613; proporção de positividade 29,62%, sendo a positividade maior no mês de junho, 38,44%. Esta diferença entre o número de casos confirmados e proporção de positividade, teve impacto com o documento norteador da Comissão Intergestora Bipartite que apresentou as orientações para utilização e interpretação dos testes rápidos para a Covid-19 e padronização das condutas de isolamento⁸. Também, é necessário considerar que a notificação de casos e a realização de exames para confirmação de casos de Covid-19 tiveram normatizações, pelo MS e Estado de São Paulo, com mudanças na classificação de casos suspeitos, na notificação; nos critérios para coleta de exames e referência para a sua realização. Sobretudo, nos tipos de exames, bem como, nas diretrizes de operacionalização para ações da assistência e vigilância várias vezes no decorrer do primeiro semestre de 2020¹⁶.

Nesta pesquisa o mês de agosto apresentou maior ocorrência de internados, tanto dos graves,73, quanto dos graves críticos, 42. A relação de casos internados em proporção aos confirmados apresentou valores acima do esperado pela OMS que é de 15,00% para casos graves, nos quais os meses de março foram 40,00%, abril 18,75% e maio 16,67%. Também, foi observado valor acima da referência da OMS de 5,00% para casos graves críticos, sendo março 40,00%, abril 6,25% e maio 11,11%; sendo os três primeiros meses de registros de casos positivos no município.

Pode-se observar que nos meses entre junho a dezembro, os valores registrados de proporção de casos graves internados tiveram como valor máximo de 8,81% em junho, mínimo de 4,40% em julho, sendo a proporção no final de 2020 de 5,61%; inferior ao parâmetro de 15,00%. Ainda, os casos graves críticos apresentaram no período de junho a dezembro valores também inferiores à referência da OMS de 5,00%, sendo o valor máximo 3,21% em junho e o mínimo 1,51% em novembro, a proporção no final de 2020 foi de 2,33%; assim considerando-se os casos, 92,05%, que não foram internados, mas atendidos ou acompanhados na atenção primária, o resultado foi maior que a referência de 80,00% da OMS¹³.

Vale lembrar que a organização de serviços para atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, teve como primeiro atendimento resolutivo a APS para casos leves e moderados sem indicação para internação, realizando ações de monitoramento e vigilância; o fluxo para casos moderados e graves é por meio da regulação do SAMU para o Pronto atendimento ou hospital de referência; os exames de imagem e laboratório específicos ou não para Covid-19 estão dentro do protocolo de rotina do município e previsto no plano de contingência.

Os valores relacionados ao atendimento de casos não internados fortalecem a importância e a necessidade de estruturação da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 quanto ao atendimento para diagnóstico em tempo oportuno, ações de vigilância e monitoramento, assistência e encaminhamentos para serviços especializados e internações^{31,32}.

O estudo apresentou limitações pelas diferentes padronizações no período analisado da variável de casos confirmados em relação ao resultado do exame e nos campos vazios no preenchimento dos registros das comorbidades.

A pesquisa traz como importante impacto o fortalecimento da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 com o resultado de 92,06% de casos não internados, acompanhado de baixa taxa de casos internados para graves de 5,61% e de graves críticos de 2,33% no município em questão.

Conclui-se que a avaliação do perfil epidemiológico, como instrumento de gestão, no enfrentamento da pandemia, com mudanças de cenários devido a novos conhecimentos incorporados, permitiu adequação dos serviços para fortalecer as ações da APS, visando detecção precoce de casos, notificação, investigação e monitoramento para a redução de óbitos e impacto positivo no atendimento aos casos, onde 92,05% foram no nível de APS. Assim, o perfil revelou idade média de 42 anos, sexo masculino com maior risco de positividade e de internação; presença de comorbidade, associada a internação, em especial doença cardiovascular crônica, e a maioria das internações, composta por idosos, 54,49%.

REFERÊNCIAS

- 1 Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(2):557-567. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200017>
- 2 Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2010. 94 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-021-3.
- 3 World Health Organization (WHO). COVID-19 strategic preparedness and response plan: Monitoring and evaluation framework. 2021, 11 May. Acesso 20/07/2021. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.07-eng>.

- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19. Brasília-DF, Versão 3. 202. 2021, 15 março.
- 5 Cavalcante JR, Santos ACC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29(4):e2020376. Disponível em <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública- Covid-19. Boletim Epidemiológico 04 – COE COVID-19 (Internet). Brasília, Ministério da Saúde. 2020, março 04. Acesso 20/07/2021. Disponível em <file:///C:/Users/mcfpr/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Covid-19%20-%20N%C2%BA%2004.pdf>
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020. Publicado em: 20/03/2020, Edição: 55-F, Seção: 1, Extra, Página: 1. Acesso 20/07/2021. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>
- 8 São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB - 55, de 1º-7-2020. Nº 130 – DOE – 02/07/20 - seção 1 – p.28. Acesso 20/07/2021. Disponível em https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/e_dl-cib-55_010720.pdf
- 9 Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Ocorrência de variantes de SARS-CoV-2 nas Américas, 20 de janeiro de 2021. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Acesso 04/10/2021. Disponível em

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53213/EpiUpdate20January2021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y .

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19, 44, Versão 1. 2021, 06 de janeiro. Acesso 04/10/2021. Disponível em

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf

11. São Paulo. Secretaria de Estado de São Paulo. Documento Técnico Campanha de Vacinação contra a COVID-19. 2021, 11 de setembro. 22ª Atualização. Acesso em 04/10/2021. Disponível em:

https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/vacina/documentos-tecnicos-covid-19/documento_tecnico_campanha_vacinacao_contracovid_22atualizacao.pdf .

12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso 02/06/2021. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e> .

13. World Health Organization (WHO). Clinical management of Covid-19: Interim guidance 27 May 2020. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5. Acesso 09/06/2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>.

14. São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Novo Coronavírus(Covid-19). Situação Epidemiológica. Casos e óbitos confirmados para Covid-19, acumulados até 31/12/2020. Estado de São Paulo. Acesso 06/09/2021. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/dezembro/coronavirus311220_situacao_epidemiologica.pdf.

15. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018 setembro; V. 42, Número especial 1, P. 244-260. DOI:10.1590/0103-11042018S116
16. São Paulo. Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira do Estado. Resolução SS - 28, de 17-3-2020. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo Nº 54, em 19/03/20 - seção 1 – p. 24. Acesso 06/09/2021. Disponível em https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/E_R-SS-CGOF-28_170320-1.pdf
17. Paiva CI, Nasr AMOF, Magatão DS, Ditterich R, Guimarães RRM, Piler RA, et al. Perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná. *R. Saúde Públ. Paraná* 2020 dezembro; 3(Supl 1):39-61. Disponível em <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/419/156>.
18. Almeida JS, Cardoso JA, Cordeiro EC, Lemos M, de Araújo TME, Sardinha AHL. Epidemiological characterization of COVID-19 cases in Maranhão: a brief analysis. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet] 2020;6:10477. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/10477> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10477>
19. Souza ALT, Gusmão JL, Simas JMM, Simas PVM, Ikeda AC. Analysis of the epidemiological profile of confirmed cases of COVID-19 in the Ribeira Valley, São Paulo, Brazil. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet] 2020; 6:11105. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/11105> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.11105>
20. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Sistema de Gestão de Incidentes da OPAS e pelo Escritório de Equidade, Gênero e Diversidade Cultural da OPAS.

Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

21. Lusignan S, Dorward J, Correa A, Jones N, Akinyemi O, Amirthalingam G, et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20: 1034–42. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30371-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30371-6).

22. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza TA, Gomes SM, Medeiros AA, Lima kC. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2020, 2(01). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171> .

23. Ribeirão Preto. Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19. 2021 294 p. ISBN: 978-65-88556-02-3. doi: 10.51796/978-65-8856-02-3.

24. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020; 395: 507–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

25. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Alerta Epidemiológico Covid-19: Aumento de hospitalizações e mortes entre pacientes com menos de 60 anos de idade. 26 de abril de 2021. Acesso 27/07/2021. Disponível em : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53835/EpiUpdate26April2021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y .

26. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos

hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad. Saúde Pública 2020; 36(6):e00115320. doi: 10.1590/0102-311X00115320.

27. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 em España. Informe COVID-19 nº 20. 2020, 3 de abril. Acesso 30/07/2021. Disponível em:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2020.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%203%20de%20abril%20de%202020.pdf>,

28. Silva GA, Jardim BC, Lotuf PA. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. Cad. Saúde Pública 2021; 37(6):e0003922. doi: 10.1590/0102-311X00039221.

29. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Indicadores de Saúde. Elementos conceituais e Práticos. Acesso 05/10/2021. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt.

30. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. JAMA 2020 April 7, Volume 323, Number 13. doi:10.1001/jama.2020.2648

31. São Paulo. Coordenadoria de planejamento de saúde. Deliberação CIB-75, de 15-9-2020. DOE Nº 183, 16/09/20 - seção 1 – p.22. Acesso 05/10/2021. Disponível em <https://ses.sp.bvs.br/leisref/resource/?id=leisref.act.5398>

32. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde 2020; 29(2):e2020166. doi: 10.5123/S1679-49742020000200024

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de Covid-19, segundo sexo e resultado de exames. Município Paulista/Brasil, 2020

Sexo	Confirmados		Descartado		Total		<i>P</i> ^a
	N	%	N	%	N	%	
Masculino	3030	29,00	7420	71,00	10450	100,00	0,000
Feminino	3829	24,00	12122	76,00	15951	100,00	
Total	6859	25,98	19542	74,02	26401	100,00	
Total por sexo							
Masculino	3030	44,20 (43,00-45,50) ^b					
Feminino	3829	55,80 (54,60-57,00) ^b					
Total	6859	100,00					

^aTeste estatístico do Chi-quadrado para avaliação $p < 0,05$; ^b95% limite de confiança.

Tabela 2 - Distribuição casos confirmados de Covid-19, por faixa etária, sexo, fatores do risco/comorbidade, taxa letalidade e coeficiente incidência. Município Paulista/Brasil, 2020

Faixa Etária (anos)	Feminino	Masculino	Total		Fatores do Risco/ Comorbidade		Óbitos		Coeficiente incidência/ 1.000 hab.
	N (%)	N (%)	N	% (IC 95%) ^a	N	%(IC95%)	N (%)	TL ^b	
00 a 09	121 (3,16)	109 (3,60)	230	3,35 (2,95 - 3,81)	9	0,77 (0,40-1,45)	-	-	22,19
10 a 19	216 (5,64)	173 (5,71)	389	5,67 (5,15 - 6,24)	18	1,53 (0,97-2,41)	-	-	28,49
20 a 29	767 (20,03)	513 (16,93)	1280	18,66 (17,76 - 19,60)	88	7,48 (6,11-9,13)	-	-	77,63
30 a 39	846 (22,09)	650 (21,45)	1496	21,81 (20,85 - 22,80)	123	10,46 (8,84-12,34)	4 (3,23)	0,27	100,11
40 a 49	688 (17,97)	524 (17,29)	1212	17,67 (16,79 - 18,59)	212	18,03 (15,94-20,33)	5 (4,03)	0,41	85,22
50 a 59	541 (17,97)	457 (15,08)	998	14,55 (13,74 - 15,40)	217	18,45 (16,34-20,77)	15 (12,10)	1,5	85,83
60 a 69	365 (9,53)	350 (11,55)	715	10,42 (9,72 - 11,17)	252	21,43 (19,18-23,86)	20 (16,13)	2,8	92,83
70 a 79	199 (5,20)	165 (5,45)	364	5,31 (4,80 - 5,86)	165	14,03 (12,16-16,13)	34 (27,42)	9,39	82,07
80 a 89	70 (1,83)	71 (2,34)	141	2,06 (2,20 - 2,95)	77	6,55 (5,27-8,11)	36 (29,03)	25,17	84,33
90 a 99	16 (0,42)	18 (0,59)	34	0,50 (0,30 - 0,69)	15	1,28 (0,70-2,47)	10 (8,06)	29,41	15,45
Total	3829 (100,00)	3030 (100,00)	6859	100,00	1176 (17,15)	100,00	124 (100,00)	1,81	71,90
Óbito ^c p<0,0001	51(41,13)	73 (58,87)	124	100,00					
TL ^b (%)	1,33	2,41							
Média Anos 42									
Desvio Padrão Anos 18,37									

^aWilson 95% LCL valores inferiores e UCL valores superiores do intervalo de confiança a 95%.^b Taxa de Letalidade.

^cQui-quadrado p<0,05.

Tabela 3: Distribuição dos casos confirmados e internados de Covid-19, por faixa etária, fatores de risco/comorbidade e óbitos. Município Paulista/Brasil, 2020

Faixa Etária (Anos)	Internados			Internados com Fatores de Risco/Comorbidade ^b <i>p</i> <0,0001			Óbitos	
	N	% (IC 95%) ^a	Taxa de Internação	N	% (IC 95%) ^a	Taxa de Comorbidade	N (%)	Taxa de Letalidade %
00 a 09	3	0,55 (0,19-1,61)	1,30	1	0,38 (0,01-2,09)	33,33	-	-
10 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 29	17	3,12 (1,96-4,94)	1,33	5	1,89 (0,62-4,36)	29,41	-	-
30 a 39	42	7,71 (5,75-10,25)	2,81	15	5,68 (3,21-9,20)	35,71	4(3,39)	9,52
40 a 49	74	13,58 (10,96-16,71)	6,11	29	10,98 (7,48-15,39)	39,19	5(4,24)	6,76
50 a 59	112	20,55 (17,37-24,14)	11,22	44	16,67 (12,38-21,72)	39,29	15(12,71)	13,39
60 a 69	124	22,75 (19,43-26,46)	17,34	57	21,59 (16,78-27,05)	45,97	19(16,10)	15,32
70 a 79	90	16,51 (13,63-19,86)	24,86	62	23,48 (18,51-29,07)	68,89	32(27,12)	35,56
80 a 89	68	12,48 (9,96-15,52)	47,55	43	16,30 (12,05-21,31)	63,24	34(28,81)	34,69
90 a 99	15	2,75 (1,67-4,49)	44,12	8	3,03 (1,32-5,88)	53,33	9(7,63)	60,00
Total	545	100,00	7,95	264	100,00	48,44	118(100,00)	21,65

Sexo	Internados ^c <i>p</i> =0,000		Internados com Fatores de Risco/Comorbidade ^d <i>p</i> <0,0001		Óbitos ^e <i>p</i> <0,000	
Feminino	236	43,30	6,16	118	44,70	50,00
Masculino	309	56,70	10,20	146	55,30	47,25
Total	545	100,00	7,95	264	100,00	48,40

Média Anos: 61, Desvio Padrão Anos: 17,09

Coeficiente de Mortalidade: 130,05/1000.000

^a Wilson 95% LCL valores inferiores e UCL valores superiores do intervalo de confiança a 95%. ^bOdds Ratio = 5,5649^c Qui-quadrado *p*<0,05. ^dOdds Rati = 1,72 e Qui-quadrado *p*<0,05; ^eOdds Ratio = 1,76 e Qui-quadrado *p*<0,05;^e Qui-quadrado *p*<0,05.**Tabela 4 -** Distribuição dos casos confirmados de Covid-19 internados e óbitos, segundo fatores de risco/comorbidade. Município Paulista/Brasil, 2020. (N=70)

Fatores de Risco/Comorbidade	Sim		Não	
	N ^o	%	N ^o	%(IC 95%) ^c
DCC ^a	43	61,43(49,03-72,83)	27	38,5 (27,17-50,97)
Diabetes mellitus	25	35,71(24,61-48,07)	45	64,29(51,93-75,39)
Pneumopatia Crônica	14	20,00(11,39-31,27)	56	80,00(6,73-88,61)
Doença Renal Crônica	11	15,71(8,11-26,38)	59	84,29(73,62-91,89)
Obesidade	6	8,57(3,21-17,73)	64	91,43(82,27-96,79)
Imunodeficiência/Imunodep ^b	2	2,86(0,35-9,94)	68	97,14(90,06-99,65)
Outras	17	24,29(14,83-39,01)	53	75,71(63,99-85,17)

Sem comorbidade N=46(38,98%)

Ignorado N=2(1,69%)

^aDCC- Doença Cardiovascular Crônica; ^bImunodep – Imunodepressão. ^cExact LCL valores inferiores e UCL valores superiores do intervalo de confiança a 95%

Tabela 5 - Número de casos Covid-19 notificados, confirmados, internados segundo o grau de complexidade. Município Paulista/Brasil, 2020

Mês	Notificações	Confirmados	Internados graves	Internados graves críticos	Não internados ^a
	Nº	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)
Março	94	5(5,32)	2(40,00)	2(40,00)	1 (20,00)
Abril	109	16(14,68)	3(18,75)	1(6,25)	12 (75,00)
Mai	174	54(31,03)	9(16,67)	6(11,11)	39 (72,22)
Junho	1376	529(38,44)	36(6,81)	17(3,21)	475 (89,79)
Julho	5446	1613(29,62)	71(4,40)	26(1,61)	1512 (93,74)
Agosto	4577	1471(32,14)	73(4,96)	42(2,86)	1358 (92,32)
Setembro	3476	1046(30,09)	58(5,54)	21(2,01)	969 (92,64)
Outubro	4327	846(19,55)	56(6,62)	20(2,36)	769 (90,90)
Novembro	4419	596(13,49)	39(6,54)	9(1,51)	547 (91,78)
Dezembro	4684	683(14,58)	38(5,56)	16(2,34)	632 (92,53)
Total	28.682	6.859(23,91)	385(5,61)	160(2,33)	6314 (92,05)

^aNão internados: 92,05%, leves e moderados 91,97% e 0,06% graves (N=6).

MANUSCRITO 2

Covid-19: Gestão dos recursos públicos na Atenção Primária à Saúde**Covid-19: Management of public resources in Primary Health Care****Gestão da Atenção Primária à Saúde, Covid-19****RESUMO**

OBJETIVO: Avaliar os financiamentos e gastos nas ações realizadas para o atendimento à população pela Atenção Primária à Saúde, para o enfrentamento da pandemia Covid-19.

MÉTODO: Trata-se de estudo quantitativo do tipo estudo de caso único. A população foi composta por 16 unidades da Atenção Primária à Saúde, sendo 13 do tipo Estratégia de Saúde da Família e três modelo tradicional, e dois centros de monitoramentos por telefone. O estudo foi orientado para o processo de trabalho em dois níveis de coleta de dados e análise – quantitativo (produção e custo). Para critérios de avaliação foram utilizados instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde, Plano de Contingência do Município, análise documental e dados secundários do sistema de informação da Secretária Municipal de Saúde do município em estudo, no período de março a dezembro de 2020. Para tratamento dos dados foi realizada análise estatística descritiva.

RESULTADOS: Dos recursos Covid-19 repassados pelo governo federal (69,95%), estadual (14,88%) e municipal (15,17%), foram executados 97,44% do montante planejado no Plano de Contingência, valores distribuídos nas subfunções conforme as 17 macro ações planejadas e destes 43,36% foram na Atenção Primária à Saúde após adequação por rateio. O custo da saúde no período analisado para o enfrentamento da pandemia totalizou R\$2,45/*per capita*.

CONCLUSÃO: Os achados dessa pesquisa apontaram para uma administração com resultados de 97,44% da execução dos recursos do planejamento no Plano de Contingência, o que representa um dos fatores positivos na condução para o enfrentamento da pandemia.

DESCRITORES: Gestão em saúde, Atenção Primária à Saúde, Planos de contingência, Covid-19, Financiamento da Assistência à Saúde, Custos e análise de custo, Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO:

O planejamento das ações e financiamento para o enfrentamento da pandemia Covid-19 são imprescindíveis, por ser uma doença parcialmente conhecida, cuja capacidade de transmissão é muito rápida, a suscetibilidade é geral e a necessidade prevista de internações corresponde a 20,00% dos infectados, sendo 5,00% casos graves críticos que podem necessitar de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Também, destaca-se o papel da Atenção Primária a Saúde (APS) quanto a organização do atendimento para 80,00% dos casos, com sintomas leves e moderados, que não tem indicação de internação hospitalar¹. É na APS que as ações de prevenção como a imunização, orientações, acolhimento e o primeiro atendimento básico acontecem, é a entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS)².

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde, é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. Para tanto, os recursos financeiros oriundos de repasses federal e estadual para pandemia precisam ser administrados em consonância com a necessidade de preferência

planejada para o enfrentamento da pandemia no município, para não comprometer em demasia o orçamento esperado para outras atividades³.

Em 2020 na APS, para o enfrentamento da pandemia Covid-19, houve repasses de recursos direcionados ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) em horário estendido²; para o custeio das ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19: “população indígena não aldeada; populações dispersas; populações do campo, da floresta e das águas; população ribeirinha; população assentada; população quilombola; população em situação de rua; povo cigano; população circense; população privada de liberdade; adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; população residente em áreas de comunidades e favela; grupos populacionais que estejam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, conforme Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 2017; e demais povos e comunidades tradicionais”⁴; ao custeio de ações para populações específicas⁵; ao custeio da atenção às pessoas com obesidade, população com diabetes *mellitus* ou hipertensão arterial sistêmica⁶; custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes visando ao retorno das atividades de assistência odontológica e na Atenção Especializada⁷.

Os financiamentos direcionados aos serviços públicos de saúde na Média e Alta Complexidade (MAC) também são importantes para assegurar as referências necessárias para a APS⁸. O registro de repasse pelo governo federal embora significativo para o enfrentamento da pandemia mantém o modelo de distribuição dos recursos, baseados no critério *per capita*, sem considerar a situação epidemiológica e outros fatores sociais e econômicos tão distintos no país, fatores esses trabalhados com uma visão de gestão diferente por outros países⁹.

Estudo sobre a crise da Covid-19 e a importância de uma política europeia de saúde, demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre um aumento dos gastos em saúde e um aumento do número de casos por Covid-19 por 100.000 habitantes no dia 1 de maio de 2020, e apresenta como uma das hipóteses a possibilidade da população de contato precoce como sistema de saúde e acesso e ao diagnóstico da doença¹⁰.

Por outro lado, a ampliação de acesso de serviços de saúde e o gerenciamento de custos exige um rigoroso controle por parte dos gestores e tem sido apontado como uma ferramenta essencial relacionado aos gastos públicos. Dessa forma, é importante que a utilização dos recursos esteja alocada nas subfunções em conformidade com as quais foram planejados e executados¹¹, reiterando a importância do conhecimento dos custos das ações nas subfunções que é um dos itens do detalhamento das despesas da programação orçamentária¹¹. Portanto, os blocos de custeios devem estar contemplados no plano de saúde, vinculados às ações com os recursos requeridos e aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde¹².

Objetivo:

Avaliar os financiamentos e despesas nas ações realizadas para o atendimento à população pela Atenção Primária à Saúde em relação ao planejado, para o enfrentamento da pandemia Covid-19.

MÉTODO:

Trata-se de pesquisa quantitativa do tipo estudo de caso único. O município é de médio porte composto por 16 unidades da Atenção Primária à Saúde, sendo 13 tipo ESF e três modelo tradicional UBS, e dois centros de monitoramentos por

telefone. A pesquisa foi orientada para o processo de trabalho em dois níveis de coleta de dados e análise quantitativa (produção e custo).

Para critérios de avaliação foram utilizados as ações e os recursos programados e executados no plano de contingência, fundamentado nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), os indicadores de produção das unidades por profissional médico e nível superior, a proporção de recursos monetários planejados e executados; documentos de prestação de contas ao Tribunal de Contas da União e dados secundários do sistema de informação da Secretária Municipal de Saúde (SMS) do município em questão, no período de março a dezembro de 2020. Para tratamento dos dados foi realizada análise estatística descritiva, utilizando de distribuição proporcional e medidas de tendência central.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 e aprovado segundo parecer nº 4.453.992.

Os valores referentes as receitas para enfrentamento da pandemia por Covid-19, foram considerados como base de informação o fundo nacional de saúde e o relatório do tribunal de contas.

Para conclusão das despesas planejadas e executadas utilizou-se dos dados e planilhas:

- Para distribuição dos objetos e valores das despesas foi construído uma planilha de objetos planejados e executado mensalmente com os itens apresentados no plano de contingência e no portal da transparência despesas com Covid-19;
- Os objetos e valores finais foram agrupados em um dos cinco itens denominados como itens necessários para o enfrentamento da pandemia sendo: contratação de serviços, medicamentos, equipamentos, material de consumo e folha de pagamentos (horas extras);

- Para distribuição dos objetos e valores nas subfunções: Atenção Primária à Saúde (APS), Média e Alta Complexidade (MAC), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VS), Suporte Profilático e Terapêutico (SPT) e Administrativo (AD) foi elaborada uma planilha de ações planejadas ou não, mas executadas e agrupadas em 17 Macro ações para enfrentamento da pandemia no município constante do planejamento, por subfunção: 1 - Ações de comunicação de risco para população e profissionais da saúde, 2 - Ações de Fortalecimento dos serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos, 3 - Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e contatos, 4 - Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde, 5 - Ações de organização para infraestrutura e fluxos de atendimento casos de Síndrome Respiratória, 6 - Ações de organização para transição da epidemia de dengue para pandemia da Covid-19, 7- Ações de orientações e avaliação odontológica para gestantes, 8 - Ações para retomada das atividades e o seguimento desses usuários SUS, 9 - Atendimento oportuno para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, 10 - Monitoramento de idosos e acamados acima de 60 anos, assintomáticos, 11 - Monitoramento de gestantes, população vulnerável, 12 - Ampliação da capacidade de realizar testes específicos e não específicos, 13 - Assegurar suporte de transferência de pacientes intra e intermunicipal para unidades de referência, 14 - Ações de orientação e fiscalização sanitária, 15 - Ações intersetoriais entre a secretaria do município, 16 - Assegurar o Suporte Profilático e Terapêutico e 17 - Outras atividades administrativas, e relacionadas nas 06 subfunções: Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária à Saúde, Média e Alta Complexidade,

Vigilância Sanitária, Suporte Profilático e Terapêutico e Administração Geral, para estabelecer o ratear das despesas.

Para análise das despesas com material de higiene e de Equipamento de Proteção Individual (EPI), foi elaborado um quadro com escores aplicados a variáveis relacionadas ao local de trabalho: 1 – área/ambiente, 2 - horas de funcionamento/semana, 3 – número de profissionais e fluxo/atendimento/pacientes. A variação dos pontos é de 01 – 04, para serem aplicados em áreas de serviços de saúde classificadas por subfunções existentes em relatório de despesas do Tribunal de Contas da União: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, atenção Primária à Saúde, Média e Alta Complexidade, Suporte Profilático e Terapêutico e Administração Geral. A soma dos valores atribuídos para as áreas (subfunções) representam o 100,00% da pontuação, podendo assim calcular a porcentagem de cada área (subfunções) e aplicar nos materiais de higiene e EPI cujo lançamento nas despesas são concentrados na APS. Justifica-se a aplicação da porcentagem para parâmetro, pois quando do início da pandemia havia estoque de alguns materiais e a distribuição por centro de custo é vinculado em algumas áreas por ocuparem o mesmo espaço físico e o objeto do trabalho a analisar o total do município por áreas de serviços.

Como resultado aos pesos atribuídos por subfunções foi obtido um total de 61 pontos (100,00%) sendo: Média e Alta Complexidade 15 pontos (24,59%), Atenção Primária à Saúde 14 pontos (22,95%), Administração 12 pontos (19,67%), Vigilância Epidemiológica 8 pontos (13,11%), Vigilância Sanitária 7 pontos (11,48%), Suporte Profilático e Terapêutico 5 pontos (8,20%).

RESULTADOS:

Na tabela 1. a porcentagem em 2020 do investimento do município em relação as fontes de repasse, foi menor (64,80%) que o ano de 2019 (72,44%) e menor em relação à média 70,11% no período de 2017 a 2019. Porém, em 2020 o total do investimento foi de R\$ 55.432.506,37, maior em relação aos três anos anteriores respectivamente: 3,84% (2019), 22,68% (2018) e 27,43% (2017).

A renda *per capita* variou de R\$ 674,67 (2017) à R\$897,32 (2020), valor incluso Covid-19, já com a complementação Covid-19 de R\$111,36 para custeio das ações pré-definidas. Em relação ao ano anterior de 2019 a renda *per capita* no período de 2020 foi maior 14,13%, considerando o adicional de recurso específico Covid-19.

Na tabela 2 a despesa em 2020, valor incluso Covid-19, foi de R\$ 51.318.670,00, maior em relação aos três anos anteriores respectivamente: 3,79%(2019), 9,61% (2018) e 20,98% (2017). Em valor monetário a subfunção APS foi maior em todos os anos, porém proporcionalmente mostra redução em relação aos anos anteriores: 7,65% (2019), 14,02% (2018) e 11,17% (2017).

Em relação ao ano 2019 o gasto *per capita* foi maior em 11,45% considerando o adicional de recurso específico Covid-19.

A subfunção administração geral foi criada para a área da saúde do município especificamente para o enfrentamento Covid-19.

Os valores da despesa administrativa são rateados para as demais subfunções com observação na distribuição para subfunção MAC que apresenta um valor monetário acrescido de R\$ 2.778,18 em relação ao relatório contábil, representando um aumento de 152,10% quando a adequação por rateio (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra a distribuição das receitas recebidas por fonte e aplicação nas ações mediante o executado nas etapas de empenho e liquidado, refletindo na utilização dos recursos em 96,43%.

A Tabela 5 mostra que na contratação de serviços o período de maiores despesas foi setembro executado: R\$ 3.226.797,00, representado 40,00% do total do item; medicamentos executados foram maiores em novembro R\$ 165.640,00 e dezembro R\$ 153.404,04 representando 86,00%; os equipamentos 100,00% executados nos meses de agosto e setembro, o material de consumo foi executado 57,00% em abril e as despesas com folha de pagamento que teve início em maio foi maior em setembro 17,81%. Das despesas o mês de setembro foi maior execução 34,50% e, 92,17% representaram despesas com serviços de terceiros. Quanto ao executado em relação ao planejado destaca o mês de maio onde o executado foi maior 42,64%. No total entre planejado e executado foi de 97,44% executado.

DISCUSSÃO:

A avaliação dos financiamentos e despesas relacionados as ações para atendimento à população pela APS em relação ao planejado, no enfrentamento da pandemia pelo Covid-19, traz uma necessidade que é a estruturação da rede de serviços de saúde para oferecer atendimento nos diversos níveis de classificação de risco para a doença Covid-19, tendo a APS como principal acesso para atendimento e ações de prevenção e orientações à população¹³.

Nesta pesquisa, observa-se que o investimento do município, em 2020, é maior, das três esferas de governo: 64,80% (N=R\$ 55.432.506,37). Quanto aos recursos recebidos do MS e do Estado em 2020 apresentaram um aumento de repasse,

respectivamente, em 2020 de 12,00%, federal e 180,00%, estadual em relação à média do mesmo período, é necessário ressaltar que estão incluídos os repasses referentes ao enfrentamento da pandemia.

Considerando a receita exclusiva para Covid-19 foi de R\$10.522.407,86 pode-se inferir que o impacto nos recursos para o SUS das três esferas de governo representou 12,30 % do total da receita (N=R\$ 85.548.983,41); porém já existia uma previsão orçamentária para atividades não pandemia da Covid-19 de R\$ 80.151.000,00 na LDO¹⁴, ou seja, o impacto na receita registrado na Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) foi de 6,70% (N=R\$ 5.397.983,41).

Em relação à programação da LDO para 2020 os valores para as ações da APS apresentaram R\$ 68.679.000,00¹⁴, 86,00% do total do orçamento para as ações da APS valores significativos considerando que o município em 2020 apresenta 100,00% de cobertura de APS¹⁵.

Em relação as despesas com a Covid-19 incluídas no total anual da subfunção APS no ano representou 59,99%, inferior à média do período de 2017 a 2019 de 67,42%, essas informações trazem uma relação com os valores da receita para a saúde que sofreu uma redução em relação aos anos anteriores proporcionalmente quanto aos investimentos das fontes municipais que representa o maior repasse de recursos para a saúde; a porcentagem do recurso das despesas exclusivas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, com APS foi de 41,41%, acima dos valores das demais subfunções. O MS em 2020 apresentou uma porcentagem das despesas empenhadas com APS de 16,00% em relação as subfunções e em 2019 foi empenhado 22,00%¹⁶ valores esses que refletem diretamente nos recursos repassados aos municípios.

Em relação a receita e despesas *per capita*, observa-se um montante superior aos anos anteriores, mesmo retirando os valores da receita direcionados exclusivos para Covid-19, totalizando uma *per capita* dia de R\$2,45/dia, valores abaixo do valor *per capita* no Brasil em 2014 de R\$2,60/dia¹⁷.

A despesa total com a APS se considerado o montante de R\$ 51.318.670,00 e, excluído os valores proporcionais dos meses de janeiro e fevereiro (R\$ 8.553.111,67) o custo para o enfrentamento da pandemia na APS, incluindo repasses específicos para Covid-19, pode ser calculado em R\$ 43.465.910,00 no período de março a dezembro, para uma população de 95.338 habitantes, o custo *per capita* no ano representou: R\$ 448,57.

A análise das despesas, por subfunção, apresentaram a APS como a de maior proporção 41,41%, seguida pelas despesas na subfunção Administração Geral com 38,32%. Quando analisada as informações com base no escore construído para ratear os recursos financeiros específicos para Covid-19, principalmente os da subfunção Administração Geral, que foi incluída no relatório contábil em 2020 para área da saúde, as despesas com a APS aparecem em segundo lugar com 41,41% na proporção com as subfunções e não mais em primeiro e as despesas com a MAC tem uma proporção maior que as demais subfunções com um valor de 43,36% do total. Essa diferença registrada entre o relatório contábil e o valor de rateio traz uma realidade mais próxima do esperado do planejamento para o enfrentamento de uma pandemia, onde o foco é o atendimento à população e ações cujo custos estão relacionados as subfunções diretamente relacionadas ao atendimento como APS e MAC sem desconsiderar a importância das demais subfunções, mas direcionando a discussão em termos de recursos financeiros.

Quanto ao total de utilização dos recursos repassados específicos para Covid-19, é possível verificar que foram empenhados e liquidados até dezembro de 2020, 96,43% da receita apresentada. A utilização dos repasses dentro dos prazos é importante para evitar que o município devolva para o Estado ou União os recursos não utilizados.

O total de recursos executados em relação ao planejados foi de 97,44%, sugerindo que as despesas planejadas foram executadas, com destaque para o mês de outubro onde as despesas planejadas com horas extras e contratação foram executadas abaixo dos valores esperados, porém também se observa uma variação dessa porcentagem no período de abril a dezembro que vai de 142,64% em maio à 79,59% em outubro. Podemos inferir que em maio os gestores estavam diante de uma realidade diferente ao planejado em abril, onde a pandemia sinalizava uma transmissão sustentada. Também, pode-se inferir que o planejamento do início da pandemia estava aquém da realidade que apresentou a doença no município a partir de maio e, que a adequação do plano de contingência fez-se necessário para assegurar o atendimento da população.

Analisando os dados planejados e de despesas executadas é possível verificar que a pandemia teve uma movimentação financeira importante em junho, julho e agosto e depois novembro e dezembro que não são os meses de maiores despesas, mas mantem um padrão de proporção de execução com 100,00% e dezembro com 97,31% dos recursos planejados. Setembro foi o mês de maior despesa em relação aos demais meses planejados R\$ 3.690.604,56 e executado R\$ 3.500.865,30, foi o valor de maior execução 34,50% em relação ao total executado no ano, ainda considerando o mês de setembro onde 92,17% das despesas foram com serviços de terceiros, é possível identificar adequação no

planejamento para dar continuidade as ações de enfrentamento no município cujas despesas permanecem até o final do exercício contábil, e em consonância com uma transmissão sustentada no município até o mês de dezembro.

Se considerarmos o comportamento da transmissão no primeiro semestre de 2020, registrado em todas as regiões formadas por países que compõem a Organização Mundial da Saúde (OMS): Américas, África, Mediterrâneo, Ásia, pacífico Ocidental e Europa, apresentou no primeiro semestre de 2020 da pandemia, curvas que apontavam para epidemias locais prolongadas de transmissão pessoa a pessoa¹⁸, a adequação do planejamento junho, julho e agosto está em concordância com o cenário que a pandemia apresentava.

Independente da distribuição temporal por região, dos fatores locais, da perspectiva de uma vacina que já sinalizava no primeiro semestre de 2020, da expectativa de novos testes, da capacidade de realizar vigilância genômica e a possibilidade de disseminação de novas variantes, dos estudos para tratamento, das ações de controle com restrições impostas por vários locais como *lockdown*, ainda assim os gestores para planejamento possuíam no momento um cenário pouco favorável em relação as informações como da velocidade de propagação (R_0) para o SARS-CoV-2 que foi estimada com uma variação de 1,6 a 4,1, um potencial de propagação muito importante se comparado com pandemia de influenza A H1N1 2009 cujo (R_0) que variou entre 1,3 e 1,8¹⁹.

Destaca-se a importância de uma correlação com as medidas consideradas Intervenções Não Farmacológicas (*non-pharmaceutical interventions* (NPIs)) como o uso de máscara, higienização das mãos, desinfecção de ambientes, aplicadas ao atendimento da população nos serviços de saúde e para proteção dos profissionais da área da saúde, nas despesas realizadas com material de

consumo para Covid-19, a maior despesa foi no mês de abril com valores planejados de R\$ 359.679,50 e executado R\$ 361.770,16 maior que o planejado em 0,58%.

A reorganização dos serviços para atendimento à população é possível inferir nas despesas com folha de pagamento que em maio não registrou planejamento, mas passou a ser incluído no planejamento e executado a partir de junho e representou 9,00% do total executado com as despesas específicas para Covid-19 se considerarmos as diretrizes estaduais para o enfrentamento, pode ser feita uma correlação entre o planejamento e a diretriz para que as unidades de atendimento ambulatorial mantivessem e que fizessem contato com os pacientes para reagendamento das consultas quando possível sem prejuízo para estado clínico do paciente em março de 2020²⁰, e assegurar a assistência dos pacientes não suspeitos e os suspeitos e confirmados para Covid-19. A atendimento na APS pode ser verificado na produção de atendimento médico, sendo que nos meses de abril e maio os serviços registraram uma redução de atendimento médico, sugerindo que foi atendido as orientações das diretrizes para os serviços de saúde no âmbito do Estado de São Paulo para que as unidades de atendimento ambulatorial realizassem reagendamento das consultas quando possível²⁰.

Quanto ao aumento de receita de 6,70%, em relação ao orçamento da LDO, valores do repasse específico Covid-19, devemos considerar que foi executado 97,44% do repasse para enfrentamento da pandemia e que de abril a dezembro praticamente o atendimento da APS foi direcionado para atendimento Covid-19 e para população sem Covid-19 como gestantes, idosos com comorbidade,

pacientes em tratamento de doenças crônicas e outras situações após avaliação da equipe de saúde da unidade¹⁸.

A implantação de serviços de monitoramento reduz o comparecimento da população nas unidades para acompanhamento de casos cujos sinais e sintomas não estão evoluindo com agravamento do caso, levando a uma redução de deslocamento da população e de despesas^{13,21}. Ainda quanto aos valores executados e o planejamento foram desenvolvidas as 17 macro ações planejadas e relacionadas por subfunções.

Conclusão

Considerando as 17 macro ações relacionadas às seis subfunções: Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária à Saúde, Média e Alta Complexidade, Vigilância Sanitária, Suporte Profilático e Terapêutico e administração Geral, planejadas e executadas, evidenciou-se o impacto do planejamento das receitas e despesas com a Covid-19, como um dos fatores positivos que resultou em 97,44% da execução do montante planejado no Plano de Contingência e 43,36% na Atenção Primária à Saúde. Os recursos repassados pelo governo federal (69,95%) e estadual (14,88%) foram significantes para compor o total do orçamento na condução do plano de contingência entre os recursos planejados e empenhados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Clinical management of Covid-19: Interim guidance 27 May 2020. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>. Acesso em 09/06/2021.
2. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o

objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Publicado em: 20/03/2020. Edição: 55, Seção: 1, Página: 150.

3. Votuporanga, Portal da transparência. Receitas e despesas, Covi-19. Acesso 09/06/2021. Disponível em:
<http://web.votuporanga.sp.gov.br:5656/Transparencia/Default.aspx?AcessoIndividual=InkCoronaVirus> .
4. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 2.358, de 2 de setembro de 2020. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19. Publicado em: 04/09/2020. Edição: 171, Seção: 1, Página: 61.
5. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 2.405, de 16 de setembro de 2020. Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Publicado em: 17/09/2020. Edição: 179, Seção: 1, Página: 71.
6. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 2.994, de 29 de outubro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Publicado em: 03/11/2020. Edição: 209, Seção: 1, Página: 478.
7. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 3.008, de 4 de novembro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para viabilização do acesso e resolução das demandas de saúde bucal em condições adequadas para a mitigação dos riscos individuais e coletivos relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (Covid-19), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020. Publicado em: 05/11/2020. Edição: 211, Seção: 1, Página: 152.
8. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 395, de 16 de março de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de

saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. Publicado em: 16/03/2020. Edição: 51-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1.

9. Fernandes GAAL; Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à Covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. Rev. Adm. Pública. 2020 Jul-Aug, 54(4):595-613. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>
10. Sousa DB. A crise do Covid-19 e a importância de uma política europeia de saúde. Dissertação de mestrado Coimbra, Portugal. Repositório aberto da U. Porto. 2020,25-11. Identificador TID: 202562956. Acesso 10/06/2. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/130379>
11. Soares A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. Rev. Saúde Pública. 2019;53:39. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000796>
12. Brasil. Municípios e saúde. Barros, Fernando Passos Cuperino de; Hartz, Zulmira. Brasília, DF. CONASS, 2019. LEIASS, v.3
13. Daumas RP; Silva GA; Tasca R; Leite IC; Brasil P; Greco DB; “at all.”. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. Cad. Saúde Pública, 2020; 36(X):e00104120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
14. Votuporanga, Lei N° 6.466 de 12 de novembro de 2019. Estabelece as diretrizes a serem observadas na elaboração da Lei Orçamentária do Município para o exercício de 2020. Publicada no Diário Oficial Município de Votuporanga em 13 de novembro de 2019, Ano IV, Edição n° 1012, página 511 de 723. Acesso 10/06/2021. Disponível em: <http://www.votuporanga.sp.gov.br/atool/arquivo/pasta/fa7d73e09c08cec2d9700c75f7a417d1.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família – DESF. Unidades Geográficas: Sudeste, SP, Votuporanga. Período: janeiro de 2020 a dezembro de 2020. Acesso 03/07/2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
16. Brasil. Portal da Transparência. Controladoria geral da União. Áreas de atuação (funções) do governo. Acesso 10/06/2021. Disponível: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020> ,
17. Figueiredo JO; Prado NMBL; MMG; Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. Saúde debate. 2018, out; 42 (spe2). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>.

18. Organização Pan-Americana da Saúde. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 2: Saúde e doença na população / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 48 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-020-6. Acesso 09/06/2021 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/search/r?keys=modulos+de+principios+de+epidemiologia+para+controle+de+enfermidades+Brasil> .
- 20 Lana RM; Coelho FC; Gomes MFC; Cruz OG; Bastos LS; Villela DAM; “at all.”. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública 2020; 36(3):e00019620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>
- 21 São Paulo. Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira do Estado. Resolução SS - 28, de 17-3-2020. Estabelece as diretrizes e orientações de funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do Estado de São Paulo para enfrentamento da pandemia do Covid-19 (doença causada pelo Novo Coronavírus), e dá providências correlatas. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo Nº 54, 19/03/20 - seção 1–p. 24.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Acesso 09/06/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>

TABELAS

Tabela 1. Distribuição de receitas de recursos financeiros por níveis de governo, segundo os anos de 2017 a 2020, Município paulista, Brasil, 2020

Ano	2017	2018	2019	2020 ^a	2020 Covid-19
Fonte	R\$ (%)	R\$ (%)	R\$ (%)	R\$ (%)	R\$ (%)
Municipal	43.498.535,56 (70,06)	45.181.276,26 (67,84)	53.382.074,16 (72,44)	55.432.506,37 (64,80)	1.596.500,04 (15,17)
Federal	18.122.084,36 (29,19)	20.999.742,23 (31,53)	19.313.247,17 (26,21)	27.939.009,84 (32,66)	7.360.264,39 (69,95)
Estadual	470.627,55 (0,76)	415.984,42 (0,62)	998.910,48 (1,36)	2.177.467,20 (2,55)	1.565.673,43 (14,88)
Total	62.091.247,47 (100,00)	66.597.002,91 (100,00)	73.694.231,81 (100,00)	85.548.983,41 (100,00)	10.522.407,86 (100,00)
Receita per capita/Ano ^b	674,67	717,89	786,19	897,32	111,36
Receita per capita /Dia ^b	1,85	1,97	2,15	2,45	0,30

^areceita total incluindo R\$ para Covid-19; ^bpopulação IBGE

Tabela 2. Distribuição das despesas com as ações da Secretaria Municipal de Saúde, por subfunções, Município paulista, Brasil, 2017 a 2020

Subfunção	2017	2018	2019	2020 ^b	2020 Covid-19
	R\$ ^a (%)				
APS ^b	42.419,11(67,54)	46.815,10(69,78)	49.441,94(64,96)	51.318,67(59,99)	4.202,15(41,41)
MAC ^c	12.787,48(20,36)	11.245,30(16,76)	15.732,83(20,67)	17.269,28(20,18)	1.826,53(18,00)
SPT ^d	3.669,61(5,84)	4.553,00(6,79)	5.081,33(6,68)	6.789,88(7,94)	28,13(0,28)
VE ^e	3.352,61(5,34)	3.745,69(5,58)	5.010,29(6,56)	5.482,79(6,41)	146,99(1,45)
VS ^f	575,29(0,92)	735,17(1,10)	850,77(1,12)	819,98(0,96)	64,45(0,64)
AD ^g				3.868,39 (4,52)	3.878,39(38,32)
TOTAL	62.804,10(100,0)	67.094,26(100,00)	76.117,16(100,00)	85.548,99(100,00)	10.146,64 (100,00)
Gasto per capita /Ano ^h	677,00	715,78	805,07	897,32	106,42
Gasto per capita /Dia ^h	1,85	1,96	2,21	2,45	0,29

^aR\$/1000; ^bvalor incluso Covid-19; ^cAPS – Atenção Primária a Saúde; ^dMAC – Média e Alta Complexidade; ^eSPT - Suporte Profilático e Terapêutico; ^fVE – Vigilância Epidemiológica; ^gVS – Vigilância Sanitária; ^hAD – Administração Geral; ^hpopulação IBGE

Tabela 3. Distribuição das despesas do recurso para Covid-19, por rateio e subfunção. Município paulista, Brasil, 2020

Subfunções	Relatório Contábil R\$ ^a (%)	Adequação valores por rateio R\$ ^a (%)
APS ^b	4.202,15(41,41)	4.399,70(43,36)
MAC ^c	1.826,53(18,00)	4.604,71(45,38)
SPT ^d	28,13(0,28)	318,94(3,14)
VE ^e	146,99(1,45)	336,66(3,17)
VS ^f	64,45(0,64)	210,69(2,07)
AD ^g	3.878,39(38,32)	275,94(2,88)
TOTAL	10.146,64 (100,00)	10.146,64 (100,00)

^aR\$/1000; ^bAPS – Atenção Primária a Saúde; ^cMAC – Média e Alta Complexidade; ^dSPT - Suporte Profilático e Terapêutico; ^eVE – Vigilância Epidemiológica; ^fVS – Vigilância Sanitária; ^gAD – Administração Geral

Tabela 4. Distribuição dos valores monetários da receita e despesas para enfrentamento da Covid-19, por fonte de repasse de recursos, Município paulista, Brasil, 2020

Fonte	Receita	Despesa(emp ^a)	emp/Rec ^b %	Despesa(liqui ^c)	liqui/rec %
Tesouro	1.596.500,04	1.596.500,04	100,00	1.596.500,04	100,00
Federal	7.360.264,39	7.071.938,77	96,08	7.071.938,77	96,08
Estadual	1.565.643,43	1.478.207,95	94,42	1.478.207,95	94,42
Total	10.522.407,86	10.146.646,76	96,43	10.146.646,76	96,43

^aemp – empenhada; ^brec- receita; ^cliqui-liquidada

Tabela 5. Recursos por tipo de itens necessários, planejados e executados mensalmente para enfrentamento da pandemia de Covid-19, Município paulista, Brasil,2020

Mês	Contratação de Serviço	Medicamentos	Equipamentos	Material de consumo	Folha de pagamento	Total	Executado %
<i>Abril</i>							
Planejado	410.107,83	24.883,00	0,00	359.679,50	0,00	794.670,33	95,46
Executado	371.923,83	24.883,00	0,00	361.770,16	0,00	758.576,99	
<i>Mai</i>							
Planejado	81.802,75	0,00	0,00	0,00		81.802,75	142,64
Executado	81.802,75	0,00	0,00	1.706,00	33.171,25	116.680,00	
<i>Junho</i>							
Planejado	946.560,70	0,00	0,00	54.728,00	67.822,32	1.069.111,02	100,75
Executado	952.299,80	0,00	0,00	57.047,00	67.823,22	1.077.170,02	
<i>Julho</i>							
Planejado	1.194.763,36	0,00	0,00	47.935,32	104.867,97	1.347.566,65	100,54
Executado	1.211.263,36	0,00	0,00	38.662,82	104.867,97	1.354.794,15	
<i>Agosto</i>							
Planejado	389.608,77	0,00	93.010,50	26.864,00	135.627,45	645.110,72	101,77
Executado	348.074,02	0,00	93.010,50	79.797,20	135.627,45	656.509,17	
<i>Setembro</i>							
Planejado	3.420.709,26	0,00	96.974,50	11.439,90	161.480,90	3.690.604,56	94,86
Executado	3.226.797,00	0,00	99.223,50	13.364,80	161.480,00	3.500.865,30	
<i>Outubro</i>							
Planejado	151.471,22	26.865,00	0,00	47.190,00	161.480,90	387.007,12	79,59
Executado	142.067,15	26.865,00	0,00	47.190,00	91.883,76	308.005,91	
<i>Novembro</i>							
Planejado	831.327,31	165.640,00	0,00	28.076,00	161.480,90	1.186.524,21	100,75
Executado	842.281,25	165.640,00	0,00	28.076,00	159.470,63	1.195.467,88	
<i>Dezembro</i>							
Planejado	896.325,29	153.404,04	0,00	0,00	161.480,90	1.211.210,23	97,31
Executado	873.264,20	153.404,04	0,00	0,00	151.909,10	1.178.577,34	
<i>Total</i>							
Planejado	8.322.676,49	370.792,04	189.985,00	575.912,72	954.241,34	10.413.607,59	97,44
Executado	8.049.773,36	370.792,04	192.234,00	627.613,98	906.233,38	10.146.646,76	

6 CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A avaliação do perfil epidemiológico como instrumento de gestão no enfrentamento da pandemia, permitiu fortalecer as ações na APS no atendimento aos casos que totalizaram 92,05%. A idade média foi de 42 anos, sexo masculino com maior risco de positividade e de internação; presença de comorbidade associada a internação em especial doença cardiovascular crônica e os idosos a maioria das internações 54,49% do total de casos.

Na execução das ações planejadas e as não planejadas evidenciou-se o impacto do planejamento das receitas e despesas com Covid-19, como um dos fatores positivos que resultou em 97,44% da execução do montante planejamento no Plano de Contingência e 43,36% na Atenção Primária à Saúde. Os recursos repassados pelo governo federal (69,95%), estadual (14,88%) foram significantes para compor o total do orçamento municipal na condução do plano de contingência como pode ser observado na relação direta entre os recursos planejados e empenhados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para manejo de pacientes com Covid-19. 2020. Acesso em 10/06/2021. Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Covid19-Orienta-esManejoPacientes.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 2: Saúde e doença na população / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 48 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-020-6. Acesso em 09/06/2021. Disponível: <https://www.paho.org/pt/search/r?keys=modulos+de+principios+de+epidemiologia+para+controle+de+enfermidades+Brasil>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DASST/SVS); Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS); Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS). Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida. Boletim Epidemiológico 01, Versão 2. 2020, 16 de janeiro. Brasília/DF.
4. World Health Organization (WHO). Clinical management of Covid-19: Interim guidance, 27 May 2020. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5. Acesso em 09/06/2021. Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida. Boletim Epidemiológico 01, Volume 51, Nº 01. 2020, 16 de janeiro. Brasília/DF
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Novo coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico 01, Volume 51, Nº 04. 2020, 22 de janeiro.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico 01, COE Nº 01. 2020, 03 de fevereiro.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Publicado em: 04/02/2020. Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra. Página: 1.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico 02, COE Nº 02. 2020, 10 de fevereiro.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos

suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Atualizada em 17/02/2020.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Procedimento Operacional Padrão. Equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19), versão 1.2020, março. Brasília-DF

12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 . Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 08/05/2020.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Orientações sobre o uso de máscaras de proteção respiratória (respirador particulado – n95/pff2 ou equivalente) frente à atual situação epidemiológica referente à infecção pelo SARS-COV-2 (Covid-19). Acesso em 11/07/2021. Disponível: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_gttes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Doença pelo coronavírus 2019. Especial Vigilância Epidemiológica Laboratorial. Boletim Epidemiológico 12, COE COVID-19. 2020, 19 de abril.

15. Votuporanga, Portal da transparência. Receitas e despesas, Covi-19. Acesso em 09/06/2021. Disponível: <http://web.votuporanga.sp.gov.br:5656/Transparencia/Default.aspx?AcessoIndividual=lnkCoronaVirus> .

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas Covid-19. 2020, 05 de agosto. Brasília-DF.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde. 2021. Acesso em 09/06/2021. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view> .

18. D'Abramo F. The past and present of pandemic management: health diplomacy, international epidemiological surveillance, and COVID-19. *Hist Philos Life Sci.* 2021 Apr 30;43(2):64. doi: 10.1007/s40656-021-00416-4. PMID: 33929621; PMCID: PMC8085647.

19. Packer C, Halabi SF, Hollmeyer H, Mithani SS, Wilson L, Ruckert A, *et al.* A survey of International Health Regulations National Focal Points experiences in carrying out their functions. *Global Health*. 2021, Mar 6; 17(1): 25. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00675-7>
20. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Brasil. Folha informativa – Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Histórico da pandemia de Covid-19. Acesso em 10/06/2021. Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 .
21. Breitenbach MC, Ngobeni V, Aye GC. Global Healthcare Resource Efficiency in the Management of COVID-19 Death and Infection Prevalence Rates. *Front. Public Health*. 2021 Apr 29; 9:638481. doi: 10.3389/fpubh.2021.638481.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gabinete da Secretaria Executiva. Nota informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS. Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19. Acesso em 14/07/2021. Disponível: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1598?show=full>
23. São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de saúde. Deliberação CIB nº 68, de 13-08-2020. Publicada no Diário oficial do Estado de São Paulo, Nº 161, DOE – 14/08/20 - seção 1 – p.17. Acesso em 14/07/2021. Disponível: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/02/E_DL-CIB-68_130820.pdf . Acesso em 14/07/2021.
24. Cavalcante J R, Santos ACC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK, *et al.* Covid-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020, 29 (4):e2020376. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010> .
25. Votuporanga. Prefeitura Municipal. Decreto 12.151 de 16 de março de 2020. Decreta Emergência de Saúde Pública no Município, em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (Covid-19). Publicado no diário Oficial de 16 de março de 2020, 16 de março de 2020. Acesso em 09/06/2021. . Disponível: https://dosp.com.br/exibe_do.php?i=OTk1MDU=
26. São Paulo. Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira do Estado. Resolução SS - 28, de 17-3-2020. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo Nº 54, em 19/03/20 - seção 1 – p. 24. Acesso em 09/06/2021. . Disponível: https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/E_R-SS-CGOF-28_170320-1.pdf
27. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. Nota técnica CAF nº 01/2020. Revogada pela Nota Técnica CAF nº 02/2021 de 08 de fevereiro de 2021. Acesso em 09/06/2021. Disponível: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/notas-tecnicas>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Procedimento operacional padronizado; equipamento de proteção individual e segurança

no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Março 2020; Brasília/DF. Acesso em 29/05/2021. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087354/portal-una-sus-especial-covid-19-equipamento-de-protecao-indiv_HoVPfjC.pdf

29. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

30. São Paulo. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Manual Básico. Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S/A – IMESP, 2019.

31. Brasil. Confederação Nacional dos Municípios- CNM. Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília – 2018. Acesso em 29/05/2021. Disponível: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAdede.pdf>

32. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Publicado em: 13/11/2019, Edição: 220, Seção: 1, Página: 97

33. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Editores Científicos: Fernando Passos Curpetino de Barros, Zulmira Hartz. Municípios e Saúde. Brasília, DF. LEIASS, v.3. 1ª Edição. 2019. Acesso em 29/05/2021. Disponível: <https://www.conass.org.br/biblioteca/municipios-e-saude/>

34. Soares A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. Rev Saúde Pública. 2019;53:39. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000796>

35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013. Aprovado com ressalvas na Reunião Ordinária 263, ocorrida nos dias 5 e 6 de novembro de 2014. Brasília-DF, março de 2014. Acesso em 10/05/2021. Disponível: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/rag/RAG_2013_Final_MS.pdf .

36. Brasil. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Saúde. Acesso em 10/05/2021. Disponível: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasil perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por cause da EC 95/2016. Informe eletrônico. Acesso em 10/05/2021. Disponível: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-cao-da-ec-95-2016>

38. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 395, de 16 de março de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. Publicado em: 16/03/2020. Edição: 51-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1.
39. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 237, de 18 de março de 2020. Inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19. Publicado em: 09/04/2020, Edição: 69, Seção: 1, Página: 115
40. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Publicado em: 20/03/2020. Edição: 55, Seção: 1, Página: 150
41. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional. Publicado em: 01/06/2020. Edição: 103, Seção: 1, Página: 42
42. Brasil. Confederação Nacional dos Municípios- CNM. Mudanças no Financiamento da Saúde – Brasília – 2018. Acesso em 10/05/2021. Disponível: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>
43. Brasil. Portal da Transparência. Controladoria geral da União. Glossário. Informe eletrônico. Acesso em 10/05/2021. Disponível: <http://www.portaltransparencia.gov.br/glossario/>.
44. Zucchi P, Ferraz MB. Guia de economia e gestão em saúde. Barueri, SP: Manole, 2010. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/ editor Nestor Schor.
45. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos [recurso eletrônico]/Robert K. Yin; [tradução: Cristhian Matheus Herrera]. -5.ed – Porto Alegre: Bookman, 2015.
46. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso em: 02/06/2021. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e> .
47. São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB-75, de 15-9-2020. Orientações para os serviços de saúde em consonância com o Guia de Vigilância

Epidemiológica do Ministério da Saúde, para as Síndromes Respiratórias Agudas – COVID-19. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, Seção I, Nº 183 – DOE – 16/09/20 - seção 1 – p.22.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19 [recurso eletrônico] – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Acesso em: 02/06/2021. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19>

49. Votuporanga. Secretaria de Saúde. Relação municipal de medicamentos (REMUME) da secretaria da saúde de Votuporanga. Acesso em: 02/06/2021. Disponível: http://www.votuporanga.sp.gov.br/atool/_arquivo/pasta/0ad3140ed0cf59e84008db87c8c1106c.pdf .

50. Jericó MC, Castilho V. Aplicação do custeio baseado em atividades em um centro de material esterilizado[tese]. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):745-52. Acesso em: 02/06/2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/hZNwxMckF69xWMhy6Z6Wmtd/?format=pdf&lang=pt>

APENDICES

Apêndice 1: Distribuídas das ações programáticas e relacionadas por itens planejados, empenhados e liquidados.

1.1 - Vigilância Epidemiológica

Item de despesa /porcentagem rateio %	Ações de comunicação de risco para população e profissionais da saúde.	Ações de Fortalecimento dos serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos.	Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e contatos.	Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde	R\$
3 (13,00%)		Álcool 70% (litros)	Álcool 70% (litros)		377,94
4 (13,00%)		Álcool 70% gel (litros)	Álcool 70% gel (litros)		10.880,61
7 (13,00%)		Avental Cirúrgico	Avental Cirúrgico		6.711,25
39 (13,00%)		Frasco borrifador	Frasco borrifador		705,19
40		Freezer vertical			2.249,00
41		Gelo reciclável			779,50
42	HD externo				1.059,00
44(13,00%)		Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)		808,81
51(13,00%)		Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades		119.677,64
53(13,00%)		Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica		2.169,70
54(14,28%)		Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2		6.176,10
58(13,00%)		Óculos de Proteção			349,25
60			Pagamento folha servidores	Pagamento folha servidores	184.448,30
65(13,00%)		Protetor Facial	Protetor Facial		39,26
63	Pen Drive				160,00
81	Webcam				72,85
TOTAL					336.664,38

1.2 – Atenção Primária à Saúde

38(22,95%)	Frasco borrifador	Frasco borrifador	Frasco borrifador		Frasco borrifador	Frasco borrifador	Frasco borrifador		1244,92
44(22,95%)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)		1427,8572
47		Lanterna de Alta performance							3900
51(22,95%)	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades		2096,4825
53(22,95%)	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica		3830,355
54(25,0%)	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2		10812,5
58(22,95%)	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção				616,55175
59					Oxímetro de pulso				12080
60						Pagamento folha servidores	Pagamento folha servidores		276.672,45
64	Protetor acrílico para balcão	Protetor acrílico para balcão		Protetor acrílico para balcão					0
65(22,95%)	Protetor Facial		Protetor Facial						69,309
67	Saco Medicamentos para entrega domiciliar								69,9
71	Sapatilha Pope								793,4
77	Termômetro Digital (testa)								514
78					Totem para álcool em gel	Totem para álcool em gel			0
79					Touca descartável				0

81	Web Câmera e equipamento de informática								8.577,85
86								busca ativa de casos e monitoramento	221159,09
88	serviços de publicidade								16.978,00
TOTAL									4.399.702,32

1.3 – Média e Alta Complexidade

Item de despesa /porcentagem rateio %	Ações de organização para infraestrutura e fluxos de atendimento casos de Síndrome Respiratória.	Ampliação da capacidade de realizar testes específicos e não específicos.	Assegurar suporte de transferência de pacientes intra e intermunicipal para unidades de referência	R\$
1	Ampliação atendimento UPA			2.039.375,41
3(24,59%)	Álcool 70% (litros)	Álcool 70% (litros)		714,83
4(24,59%)	Álcool 70% gel (litros)	Álcool 70% gel (litros)		20581,09
7(24,59%)	Avental Cirúrgico	Avental Cirúrgico		12694,59
9		Cabine de segurança biológica		12290,00
13	Cobertores			1855,00
14	Colchões camas hospitalares			4314,7
16	Contratação de empresa instalação de Rede Centralizada de oxigênio			42650,00
17	Contratação de empresa ampliação da UPA			152360,00
19	Contratação empresa realização de teste rápido Covid-19			337500,00
20			Contratação empresa remoção de pacientes Covid-19 para hospital outro município	73.380,00
21	Contratação empresa para teste RT-PCR			7000,00
25	Implantação da SAMU Covid-19			73.179,90
28		Detergente Enzimático litro		0
32	Equipamento Hospitalar			173699,4
33	Equipamento hospitalar			5.740,00

38(24,59%)	Frasco borrifador	Frasco borrifador		1333,88
43	Hemograma			0,00
44(24,59%)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)		1529,89
46		kit reagente exames de Covid-19		46000,00
48	Lenções			780,00
51(24,59%)	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades		2246,30
53(24,59%)	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica		4104,071
54(24,59%)	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2		10635,175
55	Material de manutenção predial			1.168,26
56	Material elétrico implantação leitos suporte ventilatório			1068,32
57	Mesa com gaveta e cadeiras			3995,6
58(24,59%)	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção		660,61
60		Pagamento folha servidores		138.336,23
65(24,59%)	Protetor Facial	Protetor Facial		74,2618
66	Raio X de tórax (PA perfil)			18.000,00
70	Santa Casa média e Alta complexidade			1.359.000,00
76		Swab Rayon (pacote 100 unidades)		37.928,80
78	Totem para álcool em gel	Totem para álcool em gel		1280,00
79		Touca descartável		7.768,00
80		Tubo Falcon de 15ml		70,00
82		adaptador HUB para notebook		11.400,00
83		contratação laboratório		1259,00
TOTAL				4.604.713,32

1.4 – Vigilância Sanitária

Item de despesa /porcentagem rateio %	Ações de orientação e fiscalização sanitária.	Ações intersetoriais entre a secretaria do município.	R\$
3(11,46%)	Álcool 70% (litros)	Álcool 70% (litros)	333,72
4(11,46%)	Álcool 70% gel (litros)	Álcool 70% gel (litros)	9.608,42
7(11,46%)	Avental Cirúrgico	Avental Cirúrgico	5.926,55
39(11,46%)	Frasco borrifador	Frasco borrifador	622,73

45(11,46%)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	714,24
51(11,46%)	Luvax caixa com 100 unidades		1.048,70
53(11,46%)	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	1.916,01
54(12,5%)	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2	5.406,25
58(11,46%)	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção	308,35
60	Pagamento folha servidores	Pagamento folha servidores	184.448,30
65	Protetor acrílico para balcão	Protetor acrílico para balcão	0,00
65(11,46%)	Protetor Facial	Protetor Facial	34,67
79	Touca descartável		0,00
78	Totem para álcool em gel		320,00
TOTAL			210.687,94

1.5 – Suporte Profilático e Terapêutico

Item de despesa /porcentagem rateio %	Assegurar o Suporte Profilático e Terapêutico	R\$
3(8,00%)	Álcool 70% (litros)	232,56
4(8,00%)	Álcool 70% gel (litros)	669,52
6	Medicamentos	310.354,14
7(8,00%)	Avental Cirúrgico	4.130,00
39(8,00%)	Frasco borrifador	433,96
45(8,00%)	Hipoclorito de sódio - (litros)	497,68
51(8,00%)	Luvax caixa com 100 unidades	730,80
53(8,00%)	Máscara cirúrgica	1.335,20
58(8,00%)	Óculos de Proteção	214,88
65(8,00%)	Protetor Facial	24,16
78	Totem para álcool em gel	320,00
TOTAL		318.942,90

1.6 – Administração Geral

Item de despesa /porcentagem rateio %	Assegurar suporte de transferência de pacientes intra e intermunicipal para unidades de referência	Outras atividades administrativas	R\$
3(20,00%)	Álcool 70% (litros)	Álcool 70% (litros)	581,40
4(20,00%)	Álcool 70% gel (litros)	Álcool 70% gel (litros)	1673,80
5	Alimentação	Alimentação	1300,00

7(20,00%)	Avental Cirúrgico	Avental Cirúrgico	10325,00
15		Contratação empresa de limpeza	93769,26
39(20,00%)	Frasco borrifador	Frasco borrifador	5424,50
44(20,00%)	Hipoclorito de sódio - (litros)	Hipoclorito de sódio - (litros)	1244,20
49	Lixeira		745,90
51(20,00%)	Luvas caixa com 100 unidades	Luvas caixa com 100 unidades	1827,00
52	Macacão para motoristas		3000,00
53(20,00%)	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	3338,00
54(21,42%)	Máscara N-95 (unidade) ou PFF2		8650,00
58(20,00%)	Óculos de Proteção	Óculos de Proteção	537,20
60	Pagamento folha servidores		138219,82
64	Protetor acrílico para balcão		0,00
65(20,0%)	Protetor Facial	Protetor Facial	60,40
68	Saco plástico para máscaras		1083,90
85		Manutenção corretiva equipamentos e outras	2560,00
78	Totem para álcool em gel	Totem para álcool em gel	1600,00
TOTAL			275940,38

Apêndice 2 - Número de ligações realizadas para população de idosos de 60 anos e mais e acamados, cadastrados no SUS, no período de abril a agosto de 2020

Ligações	Total de ligações atendidas	Total não atendidas	Total de Ligações	Total de sinal de alerta	% sinal de alerta
1	11.877	2.634	14.511	422	3,55
2	11.343	3.168	14.511	264	2,33
3	11.246	3.265	14.511	231	2,05
4	11.418	3.093	14.511	210	1,84
5	11.423	3.088	14.511	185	1,62
6	11.232	3.279	14.511	166	1,48
7	11.314	3.197	14.511	157	1,39
8	11.200	3.311	14.511	153	1,37
9	11.163	3.348	14.511	151	1,35
10	11.001	3.510	14.511	154	0,14
11	10.981	3.530	14.511	133	1,21

12	11.199	3.312	14.511	148	1,32
13	11.145	3.366	14.511	158	1,42
14	10.915	3.596	14.511	161	1,48
15	10.714	3.797	14.511	163	1,52
16	10.288	4.223	14.511	137	1,33
17	9.945	4.566	14.511	118	1,19
18	9.181	5.330	14.511	92	1,00
19	7.310	7.201	14.511	69	0,94
Total	204.895	70.814	275.709	3.272	1,60
% ligações	74,30	25,70	100,00		

Apêndice 3 - Macro Ações por subfunções e os resultados identificados.

N ^o	Macro Ações	V E	APS	MAC	V S	SPT	AD	Ações Desenvolvidas
1	Ações de comunicação de risco para população e profissionais da saúde.	x						Realizado boletim diário
2	Ações de Fortalecimento dos serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos.	x						Revisão diária do sistema eSUS e SIVEP e GAL dos casos notificados, resultados de exames e articulação com os serviços de saúde para investigação e monitoramento dos casos
3	Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e contatos.	x	x					Implantação do centro de monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e contatos.
4	Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde	x	x					Verificação diária de rumores quanto a casos e ocorrência de problemas nas unidades de saúde para resolutividade se necessário.
5	Ações de organização para infraestrutura e fluxos de atendimento casos de Síndrome Respiratória.		x	x				Adequação da rede para atendimento com sala de isolamento, preparação para coleta de exames e reagendamento de consultadas quando possível, acompanhamento de pacientes por atendimento telefone quando possível.
6	Ações de organização para transição da epidemia de dengue para pandemia de Covid-19.		x					Adequação da rede para atendimento com sala de isolamento, e unidade de atendimento casos de dengue para atendimento casos Covid-29, central de monitoramento de dengue para a central de monitoramento Covid-19.
7	Ações de orientações e avaliação odontológica para gestantes		x					Manutenção dos serviços de atendimento odontológico para gestantes e urgência.

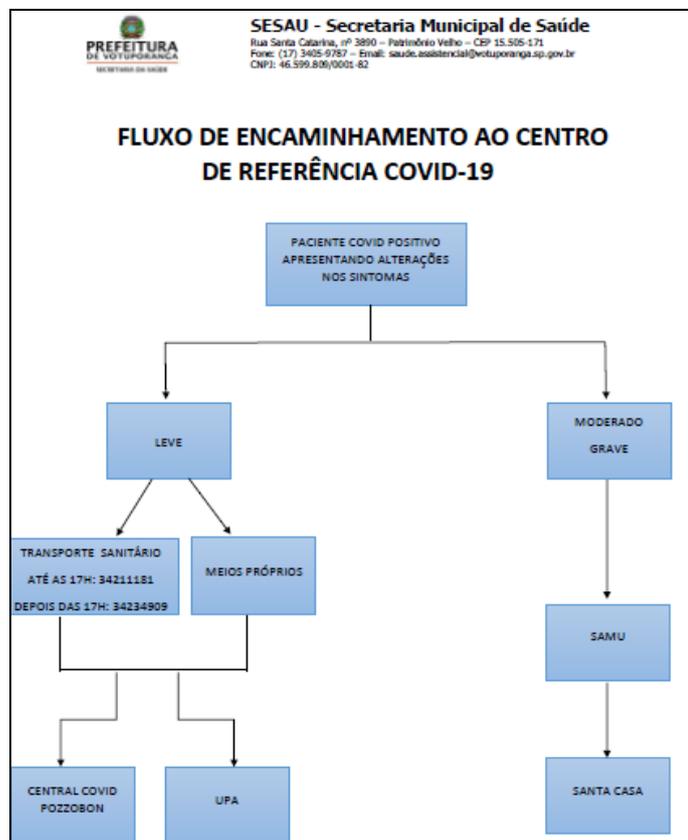
8	Ações para retomada das atividades e o seguimento desses usuários SUS		x				Manter equipes de APS com atendimento telemedicina e presencial se necessário e preparação equipe EMAD para acompanhamento dos pacientes domiciliares. Manter entrega de medicamentos domiciliares.
9	Atendimento oportuno para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento		x				Implantação do Centro de Referência de Enfrentamento a Covid-19 Tipo-2 e preparação dos serviços de APS
10	Monitoramento de idosos acima de 60 anos e acamados, assintomáticos.		x				Implantação da Central de monitoramento de idosos 60 anos e mais e acamados assintomáticos com apoio da APS
11	Monitoramento de gestantes, população vulnerável		x				Monitoramento de gestantes e população vulnerável cadastrados no SUS, equipe APS, ampliação de equipe, com visitas domiciliares ou local de residência para testagem e monitoramento.
12	Ampliação da capacidade de realizar testes específicos e não específicos.			x			Contratação de serviços de terceiros, aquisição de kits para realização de exames em laboratório municipal, realização de testes recebidos do Estado e do MS.
13	Assegurar suporte de transferência de pacientes intra e intermunicipal para unidades de referência			x		x	Contratação de serviços de terceiros de ambulância UTI e preparação de uma unidade do SAMU básica para transporte pacientes suspeitos e confirmados de Coovis-19
14	Ações de orientação e fiscalização sanitária.				x		Ampliação da jornada de trabalho para as ações de fiscalização no município.
15	Ações intersetoriais entre as secretarias do município.				x		Realizado ações conjuntas com a secretaria de serviço social, da cidade, dos direitos humanos, da fazenda, da controladoria, da administração e da procuradoria.
16	Assegurar o Suporte Profilático e Terapêutico					x	Aquisição de material e medicamento.
17	Outras atividades administrativas					x	Controle do transporte sanitário; licitações, compras e controle de entrega e distribuição; organização da frota e recursos humanos.

ANEXOS

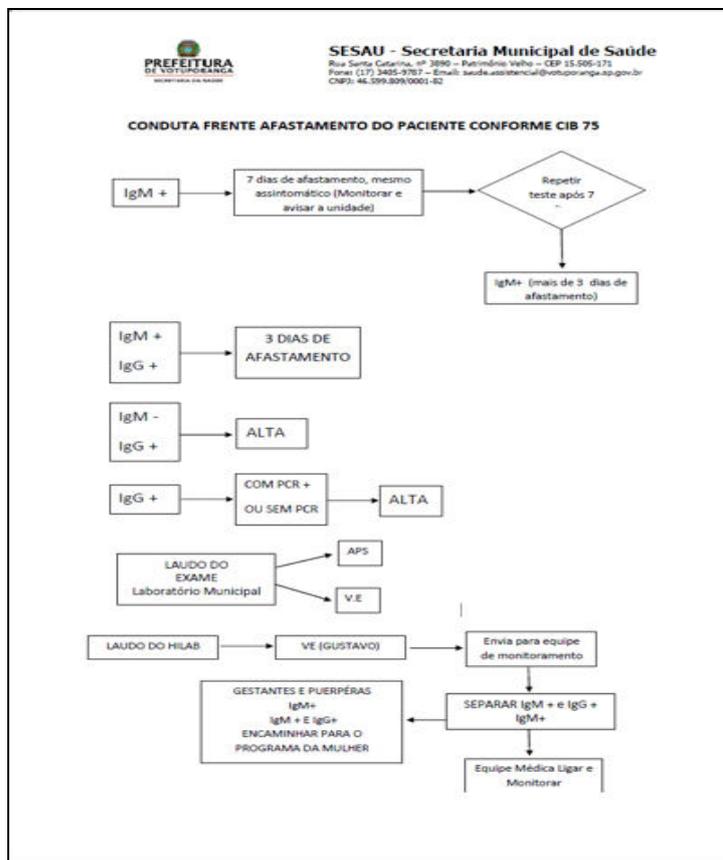
Anexo 1 - Fluxo para coleta de exames para Covid-19



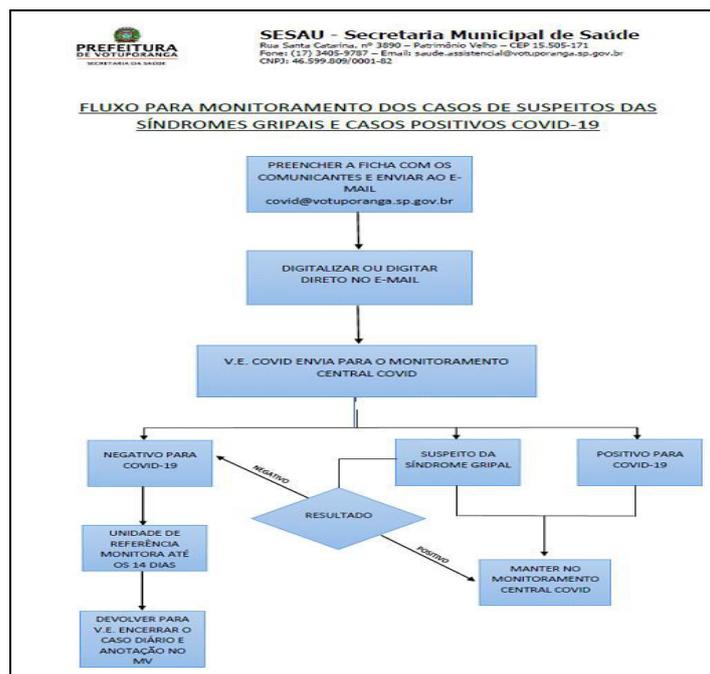
Anexo 2 – Fluxo encaminhamento ao Centro de referência Covid-19



Anexo 3 – Fluxo de para isolamento do paciente.



Anexo 4 – Fluxo para monitoramento de casos pela central de Covid-19



Anexo 5 - Modelo de registro da ligação realizada pelo monitoramento da população de 60 anos e mais e acamados.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA
Secretaria Municipal de Saúde
PAS X DR JAMILO ELIAS ZEITUNE
Rua Paraná, nº 3577 – Patrimônio Velho - CEP 15.505-164 - Votuporanga-SP
Fone/Fax: (17) 3423-5255 – ub.votuporanga@votuporanga.sp.gov.br

PLANILHA DE TRIAGEM COVID-19

Nome: _____ DN: ____/____/____ **Pront:** _____

Endereço: _____ Nº _____ **Tel:** _____

Responsável pela triagem: _____ data: ____/____/____

Informações cedidas: Paciente outros: _____

SINAIS DE ALERTA: SIM NÃO

CORIZA TOSSE DOR NO CORPO FEBRE
 DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

HISTÓRICO CLÍNICO: Acamado sim não outras condições: _____

Comorbidades: Diabetes Hipertensão Imunossupressão Tuberculose
 Câncer Asma/DPOC

Anexo 6 – Orientações para monitoramento de população 60 anos e mais e acamados

ANEXO II



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA
 Secretaria Municipal de Saúde
PAS X DR JAMILO ELIAS ZEITUNE
 Rua Paraná, nº3577 – Patrimônio Velho - CEP 15.505-164 - Votuporanga-SP
 Fone/Fax: (17) 3423-5255 – ubs@ps@votuporanga.sp.gov.br

ORIENTAÇÕES:

PACIENTE ASSINTOMÁTICO = AGUARDAR EM CASA EM ISOLAMENTO SOCIAL E CUIDADOS DE HIGIENE;

PACIENTES APRESENTANDO 1 OU MAIS SINTOMAS **SEM FEBRE OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA**= AGUARDAR EM CASA EM ISOLAMENTO SOCIAL, CUIDADOS DE HIGIENE, OBSERVAR EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS, LIGAR 0800 771 8070 OU UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM;

PACIENTES APRESENTANDO 1 OU MAIS SINTOMAS ACOMPANHADO DE **FEBRE** = AGUARDAR EM CASA EM ISOLAMENTO SOCIAL E CUIDADOS DE HIGIENE, CASO SERÁ EVALIADO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL E POSTERIORMENTE SERÁ ENTRADO EM CONTATO COM O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ([VIA TELEFONE](#) /VD À CRITÉRIO MÉDICO);

PACIENTE APRESENTANDO 1 OU MAIS SINTOMAS ACOMPANHADO DE **DIFICULDADE RESPIRATÓRIA** = ORIENTAR PACIENTE A ENTRAR EM CONTATO COM SERVIÇO DE URGÊNCIA ([SAMU](#)), CASO SERÁ AVALIADO / ACOMPANHADO POR MÉDICO RESPONSÁVEL DA ESTRATÉGIA;

FEBRE OU OUTROS SINTOMAS QUE INDICAM GRAVIDADE, **SEM ESTAR RELACIONADO A SÍNDROME GRIPAL/RESPIRATÓRIA**, PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO.

Anexo 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 39902820.9.0000.5415 sob a responsabilidade de Marli de Carvalho Jericó com o título “Gestão da Atenção Primária à Saúde na pandemia pelo COVID-19: custo e impacto das ações em um município brasileiro” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse Comitê na Plataforma Brasil em 10/12/2020. Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen
Coordenadora do CEP-FAMERP

Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Vice-Coordenador do CEP-FAMERP

Documento emitido no dia 11 de fevereiro de 2021.

Código de validação: **296B-13EF-626B-4965-B5F2**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP
<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>