

VOTO

Cuidam os autos de acompanhamento com o objetivo de avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde para o combate à crise gerada pelo novo coronavírus, bem como os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo referido órgão e suas unidades subordinadas, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.

2. Nesta oportunidade, aprecia-se o segundo relatório parcial elaborado pela SecexSaúde, em continuidade ao trabalho anterior.

3. O primeiro ciclo do presente acompanhamento apresentou a metodologia planejada para a execução dos trabalhos, conforme proposta de fiscalização. Ademais, o primeiro relatório expôs os dados orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento do novo coronavírus no âmbito do Ministério da Saúde (MS), consolidados até o fim do mês de abril de 2020, bem como as informações pertinentes às transferências de recursos para estados e municípios, às contratações analisadas e à estrutura de governança do Ministério, identificada até aquele momento.

4. À vista dos elementos trazidos pela unidade técnica, o Tribunal decidiu, por meio do Acórdão 1.335/2020-Plenário – transcrito no essencial:

“9.1. determinar ao Ministério da Saúde que:

9.1.1. com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, disponibilize à equipe do acompanhamento, de maneira completa e tempestiva, as informações referentes aos processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus;

9.1.2. com fundamento no art. 4º - E, § 1º, da Lei 13.979/2020, instrua os processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus com a devida motivação dos atos por meio da inclusão nos autos, no mínimo, de justificativas específicas da necessidade da contratação, da quantidade dos bens ou serviços a serem contratados com as respectivas memórias de cálculo e com a destinação do objeto contratado;

9.2. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que, em relação aos recursos repassados aos estados, Distrito Federal e municípios para o enfrentamento da crise do novo coronavírus:

9.2.1. adote critérios técnicos para disponibilizar recursos aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes;

9.2.2. elabore orientações acerca da utilização dos recursos repassados aos entes subnacionais, considerando a situação epidemiológica vivenciada por cada qual, em especial aqueles que apresentem pouca ou nenhuma incidência da doença;”

5. Nesta oportunidade, aprecia-se o segundo relatório parcial elaborado pela unidade técnica.

6. Com base nos elementos obtidos no curso do trabalho, a equipe de fiscalização abordou:

- a) a estrutura de governança do Ministério da Saúde para o combate à crise do coronavírus;
- b) os dados orçamentários e financeiros a respeito das ações de enfrentamento à pandemia, atualizados até 25/6/2020;
- c) os processos mais recentes de contratação de serviços e de aquisição de bens pelo MS, com destaque para os contratos firmados para aquisição de respiradores;

- d) as transferências de recursos aos entes federativos;
- e) a aplicação dos recursos transferidos aos estados em razão da pandemia;
- f) a situação dos hospitais federais do Rio de Janeiro;
- g) a transparência das ações do Ministério da Saúde; e
- h) processos conexos em tramitação nesta Corte de Contas.

7. É importante ressaltar que, em atendimento à recém-publicada Resolução TCU 315/2020, a unidade técnica franqueou aos destinatários das propostas de determinação e/ou recomendação a oportunidade de apresentar comentários e prestar informações sobre as consequências práticas da implementação das medidas aventadas e eventuais alternativas.

8. Dessa forma, as proposições apresentadas ao final tiveram como suporte o conjunto de elementos coletados na fiscalização e os subsídios trazidos pelo jurisdicionado, com vistas à construção de uma decisão adequada e viável, passível de ser cumprida pela administração pública.

9. Dito isso, passo a expor as informações, os dados, as constatações e a análise realizada pela SecexSaúde, mantendo a divisão de tópicos utilizada no relatório que antecede a este voto.

II - Da Governança do Ministério da Saúde para enfrentamento da crise gerada pelo coronavírus

10. Inicialmente, julgo importante destacar que a equipe de fiscalização promoveu uma análise estática de governança do MS, partindo de uma visão estrutural do órgão e suas subunidades. Adiante que não foi realizado um estudo dos resultados da gestão a partir de indicadores, haja vista o estágio de execução da política pública, ainda em andamento, e o caráter extraordinário e emergencial do problema enfrentado.

11. Nesse cenário, seria usual a expedição de determinações e recomendações a **posteriori**, a partir dessa avaliação mais abrangente e de cunho quantitativo da governança. Entretanto, em razão da situação emergencial que o país atravessa, optei por antecipar as medidas corretivas, a fim de viabilizar mudanças estruturais e estratégicas capazes de melhorar a eficiência da gestão de combate à pandemia.

12. Sobre o tema, a unidade técnica identificou o Comitê de Operações de Emergência em Saúde (COE) como umas das principais unidades da estrutura de governança do Ministério da Saúde para o combate à pandemia. Conforme a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), o COE é:

“uma estrutura organizacional temporária, constituída por profissionais do Ministério da Saúde (MS) com competência para atuar nessa tipologia de emergência, cujo objetivo é de promover a articulação e integração das diversas áreas do Ministério para resposta à crise. Sua gestão e estruturação vinculam-se ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), tratado promulgado no Brasil, por meio do Decreto 10.212/2020” (peça 31, p. 1).

13. Segundo explicitado, o comitê pode ser mobilizado para enfrentar qualquer tipologia de emergência. A título de exemplo, a SVS/MS aduziu que o COE já foi acionado para coordenar a ação de resposta nacional às inundações provenientes do rompimento da Barragem da Vale do Rio Doce, em Brumadinho/MG, ao derramamento de petróleo na costa nordeste e às emergências decorrentes do Zika Vírus e do sarampo.

14. Em 22/1/2020, a SVS/MS mobilizou o COE para o enfrentamento do coronavírus, a fim de organizar e coordenar a resposta a uma possível emergência pela disseminação da infecção humana pelo novo vírus.

15. Por meio da Portaria-MS 188, de 3 de fevereiro de 2020, o MS estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. A sua gestão foi atribuída à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), consoante o art. 2º, parágrafo único, da referida norma.

16. De acordo com o art. 3º da Portaria GM/MS 188/2020, são atribuições do COE-nCoV:
- I. planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde*
 - II. articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;*
 - III. encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;*
 - IV. divulgar à população informações relativas à ESPIN; e*
 - V. propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:*
 - a) o acionamento de equipes de saúde incluindo a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993;*
 - b) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;*
 - c) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e*
 - d) o encerramento da ESPIN.” (grifos acrescentados).*
17. Dessa forma, é possível afirmar que o COE-nCoV foi constituído enquanto ferramenta estratégica para coordenação e alinhamento das diversas iniciativas e ações do MS na resposta à emergência de Covid-19. A unidade conta com a participação de todas as secretarias do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de órgãos governamentais, como Agência Brasileira de Inteligência (Abin), Casa Civil, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Defesa, além da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
18. A partir de 24/4/2020, a responsabilidade pela gestão do COE-nCoV passou para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS). O MS justificou a medida pelo fato de a evolução da pandemia ter demandado maiores esforços de todas as secretarias do MS, em especial da área de assistência em saúde (primária e especializada) e de logística (aquisição de insumos e distribuição aos estados e municípios).
19. Ademais, foi invocada a necessidade de articulação com as decisões do Comitê de Crise da Casa Civil da Presidência da República, instituído pelo Decreto 10.277, de 16 de março de 2020. Tal unidade constitui “(...) o órgão de articulação da ação governamental, de assessoramento ao Presidente da República sobre a consciência situacional em questões decorrentes da pandemia da covid-19 e de deliberação sobre as prioridades, as diretrizes e os aspectos estratégicos relativos aos impactos da covid-19”, nos termos do art. 2º do Decreto 10.277/2020.
20. O órgão é formado por vinte ministros de Estado, pelo Advogado-Geral da União, pelos Presidentes do Banco Central do Brasil, do Banco do Brasil S.A., da Caixa Econômica Federal e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, do Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e do Coordenador do COE.
21. Além do COE-nCoV, há ainda, no âmbito do MS, o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), implementado em 2006, sem ato formal de designação de composição e competências. Trata-se de uma congregação gestora de acompanhamento de potenciais eventos de interesse para a saúde pública organizada pela SVS/MS.
22. Por fim, a equipe de fiscalização constatou **in loco** a existência de outra estrutura de combate à pandemia, o Gabinete de Crise da Covid-19, formado pelo Secretário Executivo do MS e por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

23. Segundo a unidade técnica, o Gabinete de Crise da Covid-19 não é uma estrutura formalmente instituída, de modo que não há ato normativo definindo suas competências, sua composição e a periodicidade das reuniões, o que impossibilita a identificação das diferenças de atribuições e de grau decisório entre as instâncias.
24. No primeiro relatório do acompanhamento, a equipe registrou a criação, por meio do Decreto 10.211/2020, do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), coordenado pelo Ministério da Saúde, com competência para, entre outras medidas:
- “propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional”.*
25. Indagado acerca do funcionamento da aludida unidade, o MS informou que, em razão da instituição do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, o GEI-ESPII não chegou a se reunir.
26. Sendo assim, é possível concluir que os órgãos superiores de articulação, coordenação e acompanhamento das ações de enfrentamento da pandemia são o GEI-ESPII e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil. Sob a perspectiva do Ministério da Saúde, observo, a partir da leitura da Portaria GM/MS 188/2020, que os papéis de planejamento, organização, coordenação e controle cabem ao COE-nCOV, que detém, inclusive, a função de propor a aquisição de bens e a contratação de serviços ao MS.
27. A partir da estrutura supramencionada, a equipe de fiscalização teceu considerações a respeito da governança do MS e das medidas gerenciais adotadas para o enfrentamento da pandemia. A unidade técnica usou como parâmetro de avaliação o guia de boas práticas denominado **National Incident Management System (NIMS)**, de autoria da **Federal Emergency Management Agency (FEMA)** e o Decreto 9.203, de 22 de novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
28. Sob essas premissas, a SecexSaúde aduziu que a mudança de responsabilidade pela gestão do COE-nCoV ao longo da evolução da pandemia pode representar um risco de perda de comando e coordenação ou de conhecimento acumulado na gestão de crises sanitárias anteriores, um dos componentes importantes do referido guia de boas práticas.
29. Tal fato, aliado à troca de dois Ministros da Saúde durante a pandemia e à alteração de grande parte da equipe técnica, constituiu uma fragilidade na governança do MS, que precisará ser superada no curso do enfrentamento da Covid-19, conforme exposto pela unidade técnica.
30. Apesar da crítica entabulada pela SecexSaúde quanto ao risco de perda de conhecimento e de coordenação, compreendo que a transferência do COE-nCoV para a estrutura da Secretaria Executiva é uma opção razoável do órgão, em função do caráter transversal da crise do coronavírus, a demandar ações de diversas secretarias.
31. Ademais, a necessidade de interlocução do MS com outros ministérios, no GEI-ESPII e no Comitê de Crise da Casa Civil, exige um maior nível de informação do Secretário Executivo acerca do problema a ser superado, fato que justifica a centralização das medidas de articulação na cúpula do órgão.

32. Todavia, verifico, a partir das informações coletadas pela unidade técnica, que o COE-nCoV parece não estar exercendo o papel de articulação e coordenação do enfrentamento da pandemia, na prática.
33. Tal fato pode ser depreendido pelas informações contraditórias encaminhadas pelas diversas secretarias do MS sobre as informações requeridas pela equipe de fiscalização a respeito da estratégia de aquisições e de transferência de recursos da pasta.
34. A propósito do assunto, ressalto que o COE-nCoV não exerceu, de fato, o papel de interlocutor no presente acompanhamento, na medida em que os ofícios que lhe foram encaminhados foram respondidos, como regra, por notas técnicas elaboradas pelas diversas secretarias.
35. Em relação à competência para propor a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), a equipe de fiscalização foi informada de que, na prática, tais decisões têm sido tomadas pelos secretários das áreas finalísticas do Ministério da Saúde.
36. Tal fato é mais um sinal de que o COE-nCoV não está exercendo as atribuições que lhe foram reservadas pela estrutura formal de governança do MS, já que o art. 3º, inciso V, letra “b”, da Portaria GM/MS 188/2020 estabelece, expressamente, a competência da unidade para *“propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde, (...) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN”*.
37. Dessa forma, julgo pertinente determinar ao MS que adote as medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE-nCoV aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020.
38. A equipe também percebeu um enfraquecimento da função de comunicação com o público em geral, pelo fim das coletivas de imprensa diárias, previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus. Tais entrevistas serviam de canal de esclarecimento e informação sobre a evolução da pandemia e as medidas adotadas pelo governo.
39. Apesar da discricionariedade do governo em definir a sua estratégia de comunicação, compreendo que a situação excepcional que vive o país impõe uma maior atenção ao princípio da transparência, como forma de assegurar o direito à informação da população em geral e possibilitar o controle social das ações do governo, inclusive de forma propositiva.
40. Afinal, o art. 4º, inciso XI, do Decreto 9.203/2017, estabelece como uma das diretrizes da governança pública a *“comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados da organização, de maneira a fortalecer o acesso público à informação”*.
41. Com isso, entendo necessário determinar ao MS que ajuste sua estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença, segundo as diretrizes do Decreto 9.203/2017, os princípios da publicidade e transparência pública e as melhores práticas internacionais a respeito do assunto, a exemplo do guia denominado **National Incident Management System (NIMS).**
42. Sobre a governança do combate à pandemia, percebo a existência de instâncias diversas para tratamento do mesmo tema sem a devida divisão de competência e atribuições. Tal ocorre com o GEI-ESPII e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, já que ambos têm a função de coordenação e articulação das medidas de enfrentamento ao coronavírus.
43. A propósito do assunto, sou da opinião de que o Decreto 10.277/2020 não extinguiu o GEI-ESPII, nem transferiu suas atribuições ao Comitê de Crise. Tal conclusão pode ser alcançada pela

simples leitura do art. 8º da norma, que assim dispôs: “O Comitê atuará de forma coordenada com o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, de que trata o Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020”.

44. Com isso, verifico que a atividade de coordenação das ações de combate à pandemia passou a ser dividida, em teoria, pelo Ministério da Saúde e pela Casa Civil, por meio da atuação dos respectivos órgãos no GEI-ESPII e do Comitê de Crise. Como consequência, se mostra irregular o não funcionamento formal do GEI-ESPII, como aduzido pelo MS no item 25 **supra**.

45. Os fatos relatados denotam a superposição de órgãos e competências e a falta de clareza na definição formal de funções e responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais, o que vai de encontro ao princípio da capacidade de resposta, previsto no art. 3º, inciso I, do Decreto 9.203/2017, e à diretriz de governança pública estabelecida no inciso X do art. 4º da mencionada norma, **in verbis**:

“Art. 4º São diretrizes da governança pública:

X - definir formalmente as funções, as competências e as responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais;”

46. Com isso, julgo pertinente determinar ao MS que adapte o funcionamento do GEI-ESPII aos normativos de regência do órgão, disciplinando a sua atuação coordenada com o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, conforme as diretrizes de governança pública.

47. Por fim, acolho a proposta da SecexSaúde de determinar ao MS, com fundamento no art. 4º, inciso X, do Decreto 9.203/2007, que “*elabore instrumento legal para regular o funcionamento do Gabinete de Crise - Covid-19 de forma que as diversas instâncias existentes no âmbito do Ministério da Saúde criadas para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus tenham suas funções definidas e possam trabalhar de forma coordenada e colaborativa buscando proteger vidas de maneira eficiente, racional e ao menor custo para a administração pública*”.

48. A equipe de fiscalização também enfatizou a existência do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, elaborado pela SVS, ainda na gestão do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública.

49. Entre as ações do plano que se relacionam ao escopo deste acompanhamento, a SecexSaúde listou:

- a) promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do vírus SARS-COV-2;
- b) garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus;
- c) garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados do vírus SARS-COV-2;
- d) garantir a execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção humana pelo novo coronavírus, junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios;
- e) garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial;
- f) garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes;
- g) garantir medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual;

- h) estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda;
- i) apoiar a ampliação de leitos, reativação de áreas assistenciais obsoletas ou contratação de leitos com isolamento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus; e
- j) promover coletivas de imprensa com porta-voz responsável pela interlocução com veículos de comunicação.

50. Considerando a importância dessas ações para contenção da disseminação da pandemia do novo coronavírus no Brasil, a equipe considerou relevante a elaboração de plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas mencionadas nos itens “a” a “i” e formulou proposta, no relatório preliminar, para que o Ministério da Saúde elaborasse planos de ação referentes às ações descritas nos tópicos acima mencionados contendo, no mínimo, as seguintes informações: ação a ser implementada; prazo para implementação; responsável pela implementação; atividades, procedimentos, etapas; prazos intermediários; atores envolvidos; estimativa de custo; sistemas informatizados; estados a serem atendidos (com previsão de quantitativo por Estado).

51. A despeito da não formulação de proposta de encaminhamento acerca do tema, ao final do trabalho, à vista da informação de que os planos haviam sido elaborados, mas não formalizados, julgo pertinente manter a proposição na parte dispositiva, inclusive, para fins de acompanhamento futuro.

52. Sendo assim, acolho o encaminhamento preliminar trazido pela unidade técnica.

III - Dos aspectos orçamentários e financeiros

53. Com relação ao assunto, a SecexSaúde expôs os gastos previstos e realizados pela União em diversas ações governamentais relacionadas ao enfrentamento da Covid-19.

54. Conforme os dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente (<<https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>>), foram estimados gastos de aproximadamente R\$ 404,2 bilhões, até 25/6/2020, na adoção de medidas visando a mitigação das consequências econômicas advindas da pandemia.

55. As principais ações governamentais são:

- a) Auxílio Emergencial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade: R\$ 152,64 bilhões;
- b) Auxílio Financeiro aos Estados, Municípios e Distrito Federal: R\$ 76,19 bilhões;
- c) Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e Renda: R\$ 51,64 bilhões; e
- d) Concessão de Financiamento para Pagamento de Folha Salarial: R\$ 34 bilhões.

56. No tocante às ações diretas de combate à Covid-19, foi criada ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constava, até 25/6/2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 44,20 bilhões.

57. Desse total, R\$ 38,97 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde, de acordo com consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) por meio do sistema Tesouro Gerencial.

58. O orçamento alocado até o momento no enfrentamento da pandemia encontra-se segmentado da seguinte forma:

- a) dotação de R\$ 11,41 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde;
- b) dotação de aproximadamente R\$ 9,99 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde (modalidade de aplicação 31); e

c) dotação de aproximadamente R\$ 16,87 bilhões para transferência aos fundos municipais (modalidade de aplicação 41).

59. A unidade técnica observou que, até 25/6/2020, houve relevante incremento das dotações destinadas aos fundos estaduais e municipais de saúde, em especial aos fundos municipais, em relação às informações consolidadas até o mês de abril de 2020. A despeito disso, foi verificada uma baixa execução financeira no tocante às transferências fundo a fundo, conforme a tabela a seguir.

| Modalidade | Dotação Atualizada (R\$) | Empenhado (R\$) | Liquidado (R\$) | Pago (R\$) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aplicações Diretas (90) | 11.407.109.967,92 | 2.886.878.898,37 | 1.408.485.032,59 | 1.394.038.280,07 |
| Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo (31) | 9.992.269.042,01 | 4.057.646.123,25 | 3.943.131.282,34 | 3.943.131.282,34 |
| Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41) | 16.874.453.109,47 | 5.791.278.867,06 | 5.707.188.966,55 | 5.707.188.966,55 |
| Demais* | 693.677.248,60 | 487.514.082,60 | 444.377.695,00 | 437.377.695,00 |
| TOTAL | 38.967.509.368,00 | 13.223.317.971,28 | 11.503.182.976,48 | 11.481.736.223,96 |

60. A SecexSaúde questionou o MS a respeito dos parâmetros utilizados para a definição do montante a ser transferido para os entes federativos. Tal aspecto também tinha sido de requisição de informações pelo Ministério Público Federal (MPF), em inquérito civil instaurado com a finalidade de apurar as possíveis insuficiência e lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde na ação 21C0 e omissão no socorro financeiro aos estados e municípios.

61. Em 1º/7/2020, o MS editou a Portaria MS/GM 1.666/2020, que estabeleceu critérios para a distribuição de R\$ 13.800.000.000,00 aos estados, Distrito Federal e municípios, decorrentes das Medidas Provisórias 924/2020, 940/2020, 947/2020, 969/2020 e 976/2020.

62. Para a distribuição de recursos para os Municípios, foram considerados os seguintes aspectos: faixa populacional, valores de produção de Média e Alta Complexidade registrados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS e valores transferidos aos municípios e Distrito Federal relativo ao Piso de Atenção Básica (PAB), no exercício de 2019.

63. Para a distribuição de recursos para os estados, foram consideradas as seguintes informações: dados populacionais, número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) registrados nos Planos de Contingência dos Estados para o enfrentamento à pandemia do coronavírus e taxa de incidência da Covid-19 por 100.000 habitantes.

64. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria, a unidade técnica concluiu que carece de explicação a baixa execução orçamentária das transferências fundo a fundo e ainda se faz necessário o conhecimento do regramento geral acerca de tais transferências.

65. Com isso, a SecexSaúde propôs determinar ao MS que apresente, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, *“a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos”*.

66. A respeito do assunto, entendo que a medida supramencionada mais se aproxima de uma diligência do que de uma determinação, porquanto ela contempla a obtenção de informações e evidências, úteis à continuidade do acompanhamento, não a busca de correção de uma irregularidade, como, aliás, preconiza o art. 2º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020.

67. Conforme o referido dispositivo, a determinação é uma *“deliberação de natureza mandamental que impõe ao destinatário a adoção, em prazo fixado, de providências concretas e imediatas com a finalidade de prevenir, corrigir irregularidade, remover seus efeitos ou abster-se de executar atos irregulares.*

68. De todo modo, considerando que o MS não esclareceu o questionamento realizado pela equipe de fiscalização, no curso dos trabalhos, autorizo a realização de diligência ao órgão para que envie, no prazo indicado, os elementos indicados no item 65 **retro**.

69. No que se refere aos recursos aplicados diretamente pelo MS, a unidade técnica constatou que a dotação atualizada variou de R\$ 9,1 bilhões para R\$ 11,4 bilhões. Já o valor empenhado teve um decréscimo de R\$ 3,45 bilhões para R\$ 2,96 bilhões, fato decorrente do cancelamento de relevante empenho no valor de R\$ 1,014 bilhão referente à aquisição de ventiladores pulmonares da China por meio da empresa Santos-Produtos do Brasil (Macau).

70. Tomando como base os valores empenhados, houve uma maior concentração de contratações de alta materialidade. A título ilustrativo, a unidade técnica verificou que os quinze maiores empenhos correspondem a 77,7% do valor total supramencionado (R\$ 2,96 bilhões). Tais empenhos envolvem a aquisição de máscaras, ventiladores pulmonares e **kit** de testes; a execução do Programa Médicos pelo Brasil; o atendimento pré-clínico (telemedicina); o transporte de cargas; os pagamentos a residentes da área de saúde; o aluguel de leitos; e a construção de Centro Emergencial.

71. A SecexSaúde constatou que, decorridos mais de três meses do início do presente acompanhamento, ainda não foi possível, em função da insuficiência de informações disponibilizadas, identificar a estratégia de aquisições do Ministério da Saúde no combate à Covid-19, tampouco a estratégia de logística e distribuição dos insumos e materiais adquiridos.

72. Segundo a unidade técnica, os processos de contratações disponibilizados permitem somente a aferição da conformidade das contratações, mas não são suficientes para identificação e análise da governança e gestão das aquisições.

73. Em 22/6/2020, foi publicada a Portaria MS/GM 1.587/2020, que instituiu a Força Tarefa de Fundamentação, composta por representantes das secretarias finalísticas do Ministério, do COE e do Gabinete do Ministro da Saúde, com a finalidade de coordenar o processo para a aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos; manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares; e habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia.

74. A SecexSaúde analisou o normativo e concluiu que, apesar da publicação da citada portaria, *“carece de explicação a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, como proposto no excerto encaminhado ao Ministério da Saúde”*.

75. Assim, considerando a ausência de apontamentos da pasta ministerial, a unidade técnica propôs determinar ao MS *“que informe, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, como se deu a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, apresentando documentos que demonstrem a formalização da referida estratégia, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos, como proposto no excerto encaminhado ao Ministério da Saúde”*.

76. A respeito do assunto, entendo que a medida supramencionada mais se aproxima de uma diligência do que de uma determinação, consoante os mesmos fundamentos adotados nos itens 66 e 67 **retro**.

77. Dessa forma, considerando que o MS não esclareceu o questionamento realizado pela equipe de fiscalização, no curso dos trabalhos, autorizo a realização de diligência ao órgão para que envie, no prazo indicado, os elementos indicados no item 75 **supra**.

IV - Do acompanhamento das contratações

78. Conforme destacado, a SecexSaúde procedeu ao acompanhamento dos atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelos órgãos e entidades do Ministério da Saúde sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.
79. Na primeira etapa do acompanhamento, foi realizada a análise da conformidade de três processos de contratações realizadas pelo MS. O primeiro relativo à aquisição de aventais (25000.041371/2020-24), o segundo referente à contratação de serviços de telemedicina (25000.035465/2020-64) e o terceiro relativo aos serviços de ligações automatizadas (25000.039379/2020-21). Esses dois últimos inserem-se no programa denominado TeleSUS.
80. Quanto ao primeiro processo, o MS informou a revogação da contratação, tendo em vista os problemas relacionados ao dimensionamento do objeto e os riscos na distribuição, apontados pelo TCU e pela CGU.
81. No tocante à contratação de serviços de telemedicina, foram identificadas as seguintes ocorrências: irregularidades e riscos relacionados à ausência de exigências mínimas do Ministério da Saúde acerca dos algoritmos clínicos fornecidos pela contratada; possível demora no efetivo funcionamento do serviço em face do possível descompasso entre a solução ofertada e a expectativa do Ministério; e ausência de critérios bem definidos para o estabelecimento dos preços e para a quantificação dos serviços.
82. Em 8/5/2020, o Ministério Público junto ao TCU (MPTCU) apresentou representação relativa a essa contratação (TC 018.717/2020-9) com apontamentos similares aos desta equipe de fiscalização. Realizada a oitiva prévia, o processo encontra-se em instrução na SecexSaúde.
83. Com relação à contratação de serviços de ligações automatizadas (25000.039379/2020-21) – TeleSUS, o MPTCU também apresentou representação, que se encontra em análise na unidade técnica.
84. No respeitante à aquisição de ventiladores pulmonares, a equipe de fiscalização analisou a etapa de contratação e concluiu que não foi identificada a ocorrência de superfaturamento. Todavia, aduziu que os processos possuem as mesmas fragilidades já identificadas em diversos outros, no tocante à insuficiente justificativa dos quantitativos e à ausência de informações sobre a logística de distribuição para os destinatários.
85. Entretanto, no caso dos ventiladores, o risco relacionado à aquisição em quantitativos desnecessários parece afastada, dada a já difundida informação acerca da necessidade e da dificuldade de aquisição dos mencionados equipamentos.
86. Quanto à distribuição, o Ministério passou a divulgar o quantitativo distribuído aos entes federados em painel na **internet** e em mídias sociais. No entanto, a unidade técnica assinalou que não foi possível uma avaliação aprofundada a respeito dos critérios adotados para a distribuição dos respiradores, diante da falta de informações mais detalhadas sobre o assunto. Ademais, a SecexSaúde também não verificou o cumprimento dos parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM 1.587/2020, que instituiu a Força Tarefa de Fundamentação.
87. De relevante, a unidade técnica observou que o total distribuído de 4.435 ventiladores é substancialmente inferior ao previsto no cronograma de entrega das empresas contratadas, a saber, 7.070 equipamentos até o fim de junho
88. No respeitante aos novos processos de aquisições, apurou-se que, no período de maio a junho, houve uma mudança no padrão das contratações do MS, a partir do aumento das contratações da Fiocruz, entidade vinculada ao Ministério. Conforme a tabela 4 do relatório que antecede a este voto, o total empenhado em nome dessa entidade totalizou R\$ 490,50 milhões.

89. Segundo a SecexSaúde, será promovida a análise amostral dessas contratações, na próxima etapa do acompanhamento, a partir de uma análise de riscos em relação a critérios de materialidade e relevância.

90. Da mesma forma, deve a unidade técnica verificar as contratações da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), que vem a ser a fundação de apoio da Fiocruz. Na oportunidade, deve a SecexSaúde examinar se houve a contratação direta da entidade para a execução de atividades de rotina administrativa, tal como detectado no Acórdão 1.826/2018-Plenário.

91. Considerando a ausência de achados e proposições a respeito da matéria, cabe à unidade técnica prosseguir com o exame das aquisições realizadas pelo MS, como sugerido, no próximo ciclo de acompanhamento.

V - Das transferências a estados e municípios

92. Conforme exposto na parte introdutória deste voto, o Tribunal recomendou ao Ministério da Saúde que, em relação aos recursos repassados aos estados, Distrito Federal e municípios para o enfrentamento da crise do novo coronavírus, adotasse “(...) *critérios técnicos para disponibilizar recursos aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes*” (subitem 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-Plenário).

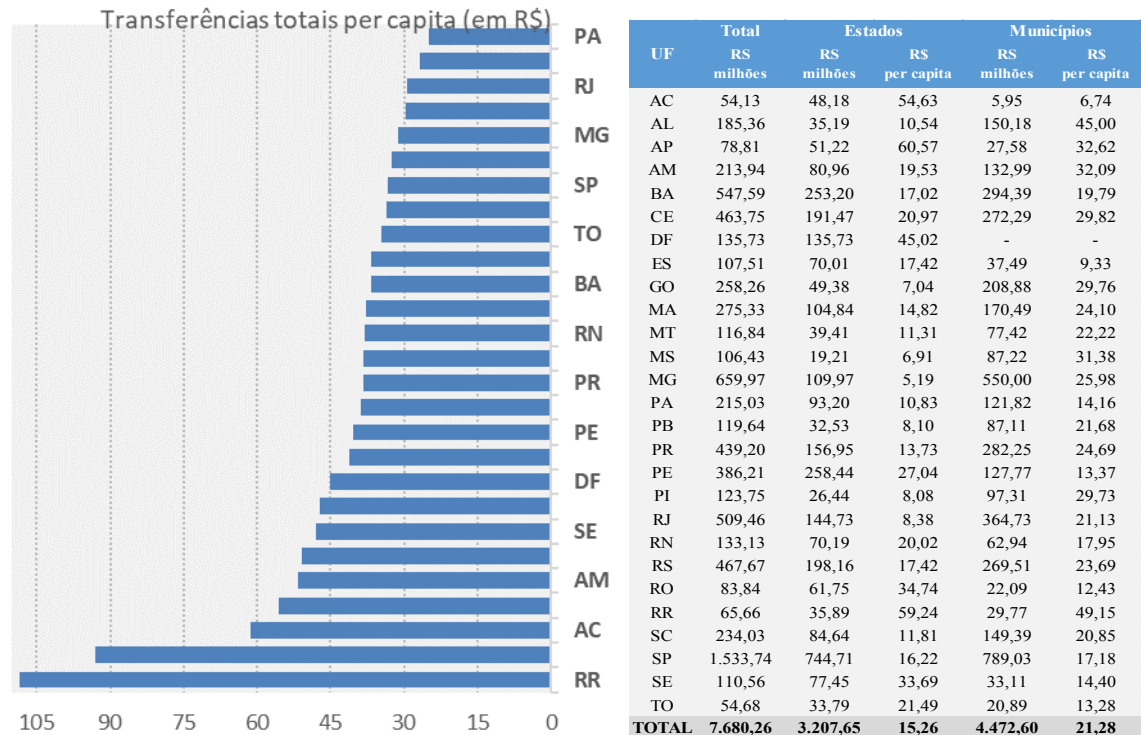
93. Na ocasião, ressaltai que o critério usado para os dois primeiros repasses de recursos (Portarias GM/MS 395/2020 e 480/2020) – segundo a população – seria adequado para um primeiro momento, mas deveria ser objeto de aperfeiçoamento, uma vez que a incidência da doença não estaria ocorrendo de forma proporcional entre as diferentes unidades federadas.

94. Ademais, ponderei que a oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar não é uniforme pelo território nacional, de modo que é preciso tomar cuidado para que novos modelos de financiamento não maximizem eventuais distorções, em vez de mitigá-las.

95. Sob essa perspectiva, a SecexSaúde escrutinou as transferências realizadas aos estados, Distrito Federal e municípios, nesse novo ciclo de acompanhamento, avaliando os valores **per capita**, o percentual de concentração nas esferas estadual e municipal e a magnitude dos recursos frente às transferências fundo a fundo.

96. Do apurado pela unidade técnica, é possível afirmar que os valores **per capita** oscilaram entre R\$ 24,99 e R\$ 60,00, havendo situações destoantes como as do Amapá e de Roraima, que receberam em torno de R\$ 90,00 e R\$ 108,00 por pessoa. O Acre foi o estado que mais concentrou recursos das transferências no governo estadual (89%), ao passo que Minas Gerais foi o que mais descentralizou aos municípios (83,3%). Esses dados estão consolidados no gráfico a seguir:

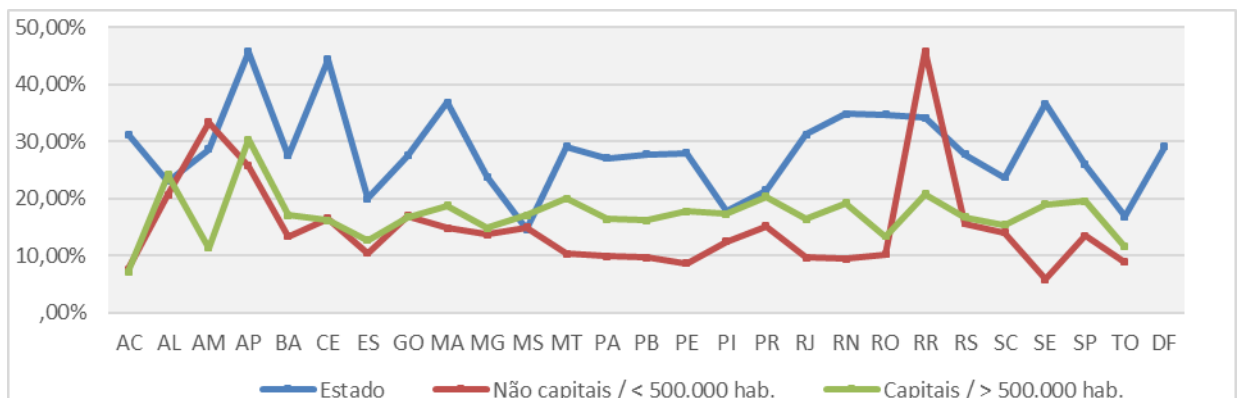
Gráfico 1: Valores Transferidos para Estados, DF e Municípios para Covid-19



Fonte: FNS e IBGE (projeção da população de 2019). Dados extraídos em 28/5/2020.

97. A SecexSaúde apurou que, em alguns entes, as transferências para o combate da pandemia correspondem a mais de 40% do total de recursos recebidos fundo a fundo. Segundo a equipe de fiscalização, tal situação pode acarretar mais dificuldades de gestão aos entes com maior incremento no orçamento, já que foram demandados a gerir um orçamento ao qual não estão acostumados, em um contexto de escassez de insumos pela elevada demanda. Segue o gráfico ilustrativo dessa situação:

Gráfico 2: Valores Transferidos para o Covid-19 em Relação ao Total de Transferência via FNS



Fonte: FNS e SIAFI/SIOP. Dados extraídos em 28/5/2020.

98. Diante desse fator de risco e considerando o espírito de cooperação às demais instâncias de controle, autorizo a unidade técnica a circularizar os dados comparativos entre as transferências para o enfrentamento à pandemia e as ordinárias do Fundo Nacional de Saúde, por estado e município, aos respectivos Tribunais de Contas, a fim de subsidiar eventuais ações de controle.

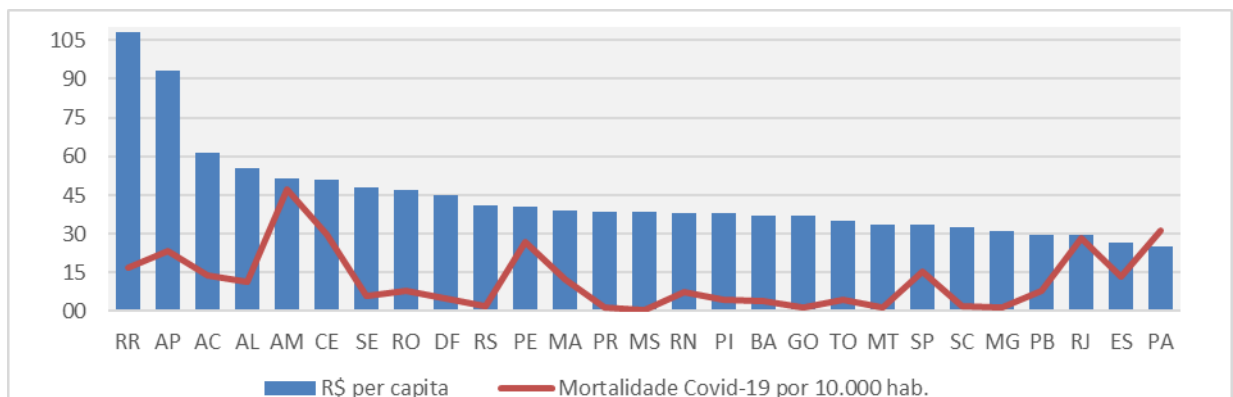
99. No tocante ao objeto da recomendação consignada no subitem 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-Plenário, a SecexSaúde não observou correlação aparente entre o montante total per

capita transferido às unidades federadas e as taxas de mortalidade por Covid nos respectivos territórios.

100. A propósito do assunto, chama a atenção o fato de o Pará e o Rio de Janeiro terem, respectivamente, a segunda e a terceira maior taxa de mortalidade por Covid-19 (31,4 e 28,1 mortes por 10.000 habitantes), conforme dados informados pelo Ministério da Saúde em 28/5/2020, e simultaneamente estarem entre as três unidades da federação que menos receberam recursos em termos **per capita** para a pandemia.

101. A situação do conjunto da federação pode ser verificada no gráfico a seguir, extraído do relatório produzido pela SecexSaúde:

Gráfico 3: Valores Per Capita Transferidos para Covid-19 em Relação à Mortalidade



Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel Coronavirus. Dados extraídos em 28/5/2020.

102. Sobre os critérios usados para a transferência de valores, concordo com a assertiva da SecexSaúde de que os valores destinados à atenção primária e vigilância em saúde relacionadas a Covid-19 podem observar o tamanho da população, já que envolvem a realização de serviços de saúde básicos, a compra de insumos de proteção individual e a realização de exames de diagnóstico, que guardam proporção com o número de habitantes.

103. Não obstante, a unidade técnica ponderou que o tratamento no âmbito da atenção especializada se dá preponderantemente no ambiente hospitalar, de modo que não faz sentido usar o critério **per capita** para tais transferências, já que nem todo município possui hospital e está habilitado ao atendimento de alta complexidade.

104. Nesse contexto, o presente acompanhamento buscou avaliar a correlação entre transferência **per capita** e a capacidade dos entes federados de oferecer assistência em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar a pacientes com a Covid-19.

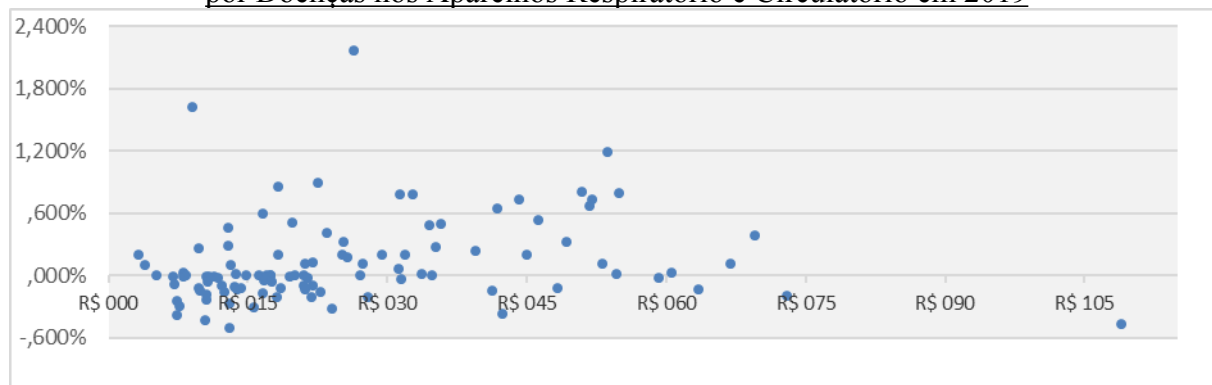
105. Após o levantamento, a unidade técnica não logrou identificar uma correlação evidente entre o valor transferido aos entes subnacionais e as seguintes variáveis: internações hospitalares relacionadas a doenças do aparelho respiratório ou circulatório; disponibilidade no SUS de leitos de internação ou complementares; e internações associadas a gripe ou pneumonia.

106. Com relação à primeira comparação, a SecexSaúde filtrou as internações hospitalares registradas no SUS em função de causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório ou circulatório, que são internações que apresentam relação com quadros infecciosos de Covid-19. A partir dessas informações, a unidade técnica calculou o saldo de internações por unidades federativas (estados, capitais, municípios acima de 500 mil habitantes e conjunto consolidado de municípios abaixo de 500 mil habitantes), em valores percentuais do total de internações.

107. Daí, a equipe de fiscalização plotou os dados referentes às duas variáveis de controle: transferência **per capita** para o enfrentamento da Covid-19 (eixo X) e saldo de internações por doenças respiratórias em valores percentuais (eixo Y).

108. Era de se esperar que as localidades que receberam mais pacientes de outros entes (ou seja, com percentual positivo) fossem beneficiadas com maiores valores de transferências e vice-versa. Contudo, conforme se pode ver no gráfico a seguir, não existe correlação aparente.

Gráfico 4: Correlação entre Valores Per Capita Transferidos para Covid-19 e o Saldo de Internações por Doenças nos Aparelhos Respiratório e Circulatório em 2019



- Eixo das abscissas (X): valores **per capita** transferidos
- Eixo das ordenadas (Y): saldo das internações por doenças nos aparelhos respiratório e circulatório, em relação à população residente, no exercício de 2019

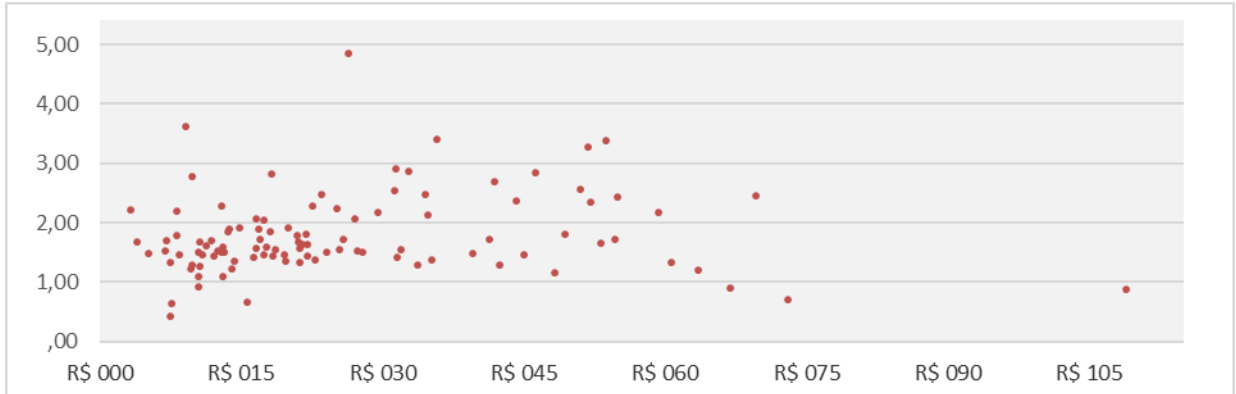
Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e SIH/Datasus. Dados extraídos em 28/5/2020.

109. Quanto à segunda comparação, a SecexSaúde apurou a disponibilidade de leitos de internação ou complementares no SUS, a partir da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2019. A partir dessas informações, a unidade técnica calculou a disponibilidade de leitos por mil habitantes para cada unidade federativa (estados, capitais, municípios acima de 500 mil habitantes e conjunto consolidado de municípios abaixo de 500 mil habitantes).

110. Daí, a equipe de fiscalização plotou os dados referentes às duas variáveis de controle: transferência **per capita** para o enfrentamento da Covid-19 (eixo X) e número de leitos de internação e complementares disponíveis ao SUS em 2019 por mil habitantes (eixo Y).

111. Poder-se-ia presumir que os locais com mais leitos **per capita** fossem beneficiados com maiores valores de transferências, já que teriam maiores despesas correntes. Sob outra perspectiva, seria razoável uma correlação contrária – locais com menos leitos percebendo maiores recursos, a fim de permitir o aumento na quantidade de leitos. Todavia, não foi possível identificar nenhuma correlação aparente entre esses dados.

Gráfico 5: Correlação entre Valores Per Capita Transferidos para Covid-19 e o Número de Leitos de Internação e Complementares Disponíveis ao SUS em 2019



- Eixo das abscissas (X): valores **Per Capita** transferidos
- Eixo das ordenadas (Y): número de leitos de internação e complementares disponíveis no SUS, por mil habitantes, em abril de 2020

Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e CNES/Datasus. Dados extraídos em 28/5/2020.

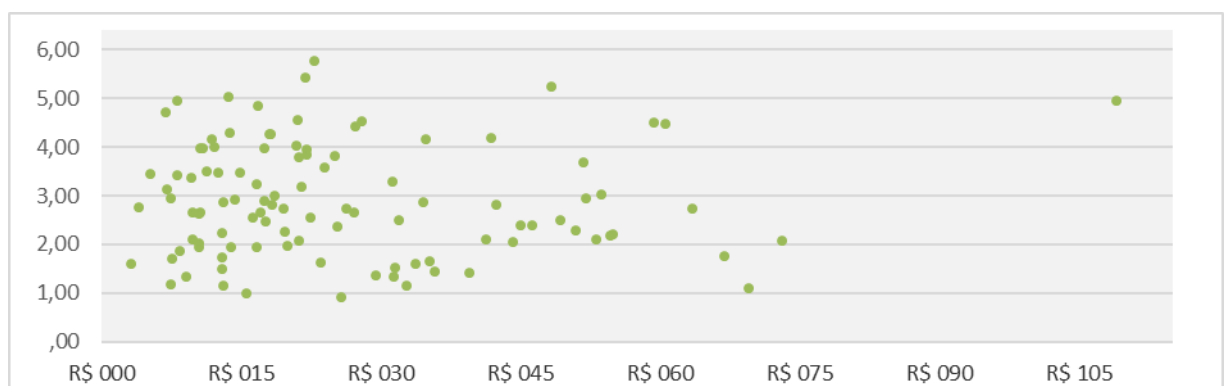
112. Por fim, a SecexSaúde apurou a quantidade de internações para quadros de gripe ou pneumonia em 2019. A partir dessas informações, a unidade técnica calculou o valor desse dado por mil habitantes para cada unidade federativa (estados, capitais, municípios acima de 500 mil habitantes e conjunto consolidado de municípios abaixo de 500 mil habitantes).

113. Nesta análise, partiu-se do pressuposto de que, como a Covid-19 é transmitida de modo semelhante ao vírus da influenza, as localidades cujos residentes mais foram internados com quadros de gripe e pneumonia teriam maior possibilidade de enfrentar mais dificuldades com o avanço da pandemia.

114. Daí, a equipe de fiscalização plotou os dados referentes às duas variáveis de controle: transferência **per capita** para o enfrentamento da Covid-19 (eixo X) e número de internações por mil habitantes por gripe e pneumonia em 2019 (eixo Y).

115. Da mesma forma que nas análises anteriores, a SecexSaúde não identificou uma correlação evidente entre esses dados. Em verdade, compulsando o gráfico 6, é possível verificar um número significativo de casos de entes com grande incidência de internação e baixos valores transferidos **per capita**. Tal comportamento estatístico sugere uma deficiente estratégia de distribuição de recursos pelo MS, em detrimento da maior gravidade local da pandemia.

Gráfico 6: Correlação entre Valores Per capita Transferidos para Covid-19 e o Número de Internações por 1.000 Habitantes por Gripe e Pneumonia em 2019



- Eixo das abscissas (X): valores **per capita** transferidos

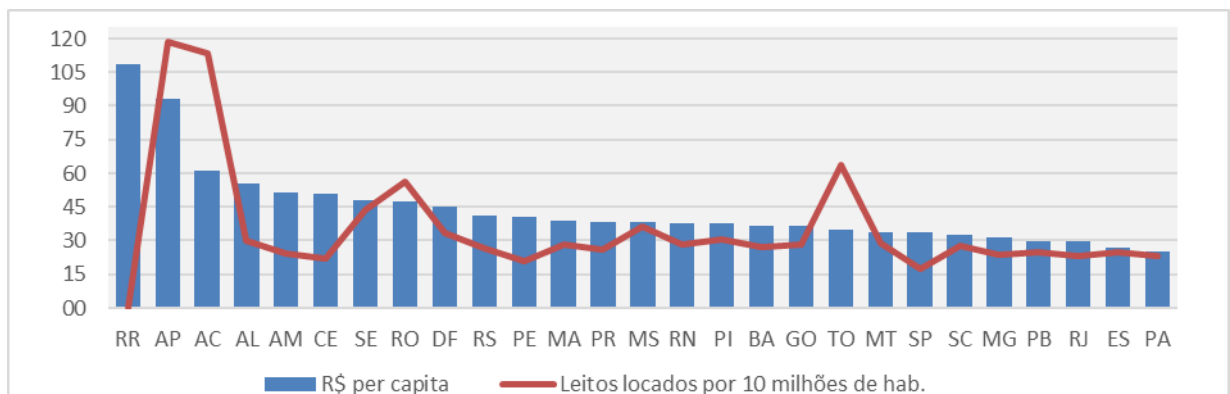
- Eixo das ordenadas (Y): número de internações por gripe e pneumonia, por mil habitantes, no exercício de 2019

Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e SIH/Datasus. Dados extraídos em 28/5/2020.

116. A equipe de fiscalização também procedeu à comparação dos valores transferidos **per capita** e os dados alusivos aos: leitos locados pelo Ministério Saúde por dez milhões de habitantes; “testes rápidos” e “testes RT-PCR” distribuídos, ambos por mil habitantes; medicamentos distribuídos por mil habitantes; e insumos distribuídos para higienização e proteção individual – álcool em gel (litro) e óculos e protetor facial, ambos por dez mil habitantes.

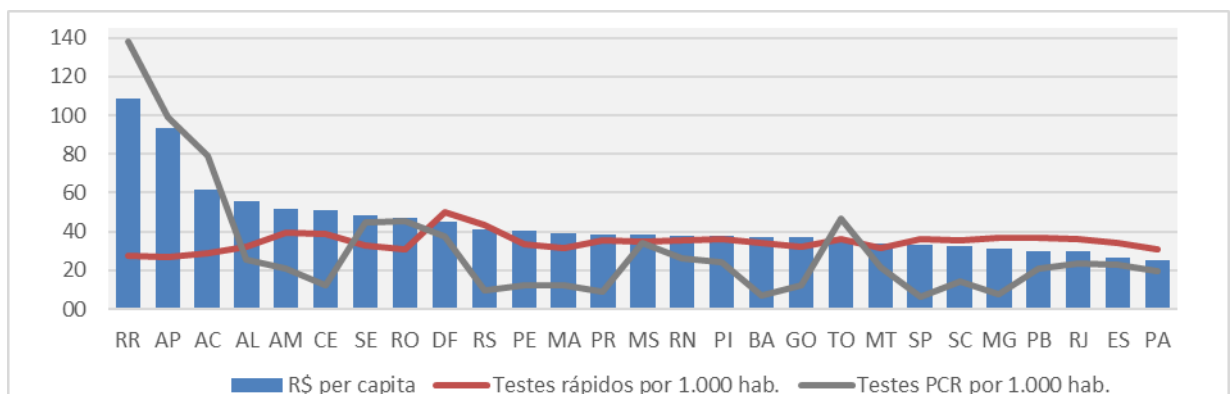
117. Reproduzo a seguir os gráficos elaborados pela unidade técnica:

Gráfico 7: Valores **Per Capita** Transferidos para Covid-19 em Relação à Quantidade de Leitos Locados pelo Ministério da Saúde



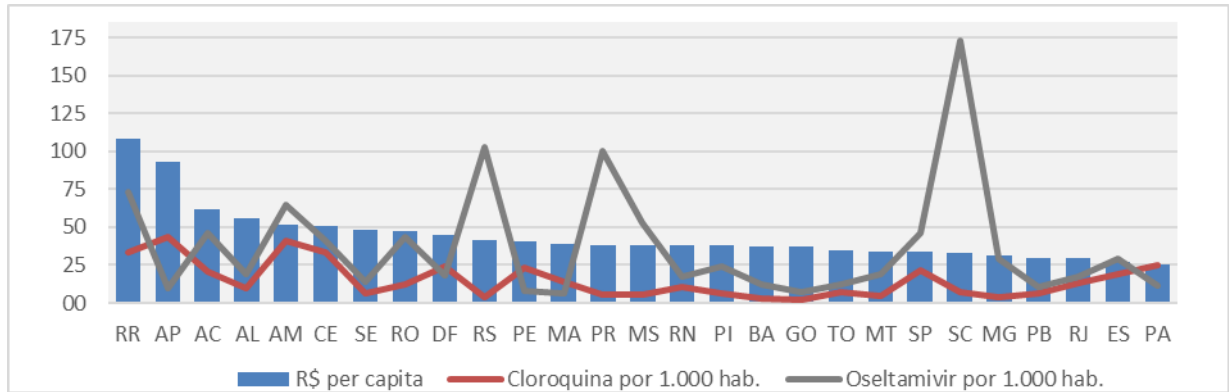
Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel de Leitos e Insumos. Dados extraídos em 28/5/2020.

Gráfico 8: Valores **Per Capita** Transferidos para Covid-19 em Relação aos Testes Distribuídos



Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel de Leitos e Insumos. Dados extraídos em 28/5/2020.

Gráfico 9: Valores **Per Capita** Transferidos para Covid-19 em Relação aos Medicamentos Distribuídos



Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel de Leitos e Insumos. Dados extraídos em 28/5/2020.

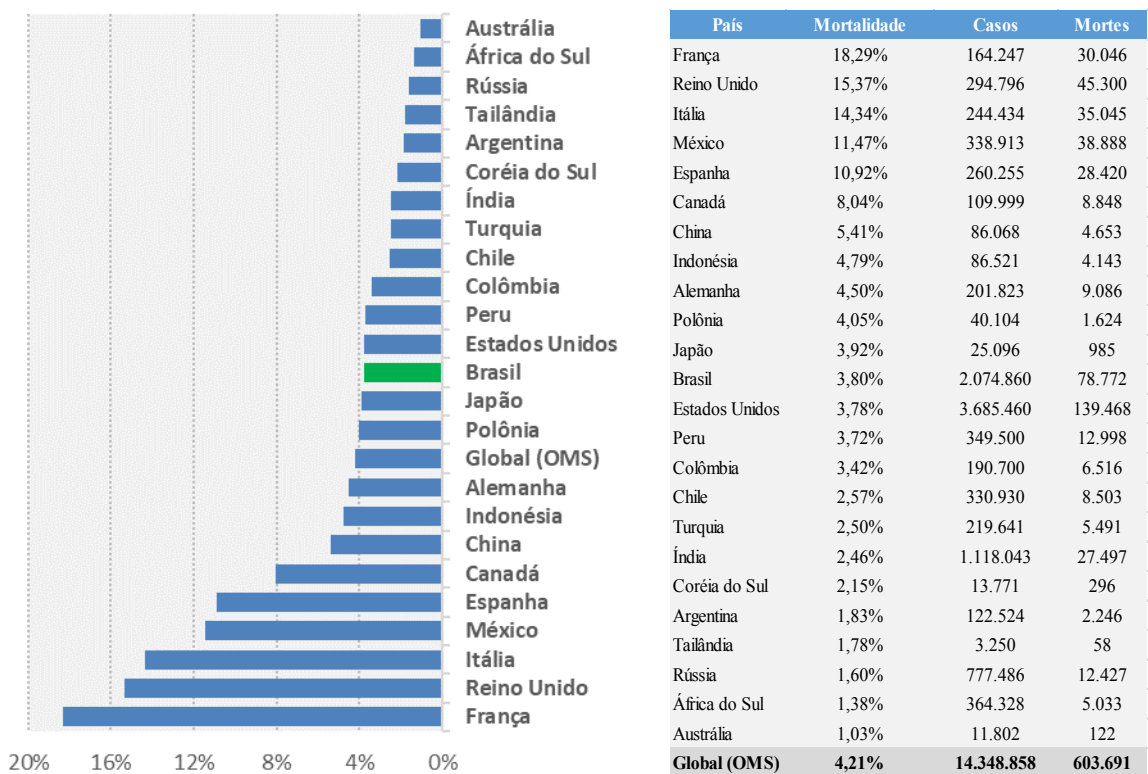
118. Tais gráficos sugerem que não há uma lógica compensatória entre a entrega de insumos e a disponibilização de leitos locados às unidades federativas, por um lado, e o valor das transferência **per capita**, por outro, que seria uma medida razoável caso houvesse uma estratégia de aquisição e alocação de recursos coordenada.

119. Dentre os dados levantados, julgo pertinente dar ênfase à taxa de mortalidade, que, por sua vez, guarda relação com a estratégia de testagem adotada em cada ente federativo.

120. A respeito do assunto, cabe destacar que, consoante relatório da Organização Mundial de Saúde de 21/6/2020, o Brasil apresentava uma taxa de mortalidade em relação aos casos confirmados de 4,74%, pouco inferior à taxa global informada pela OMS (5,30%). Em face da dinâmica da evolução da doença, solicitei à unidade técnica que atualizasse as informações trazidas no relatório.

121. A SecexSaúde apresentou novos dados, que mostram a redução da taxa de mortalidade do Brasil para 3,8%, ainda inferior à taxa global informada pela OMS (4,21%). Seguem os números mais atualizados.

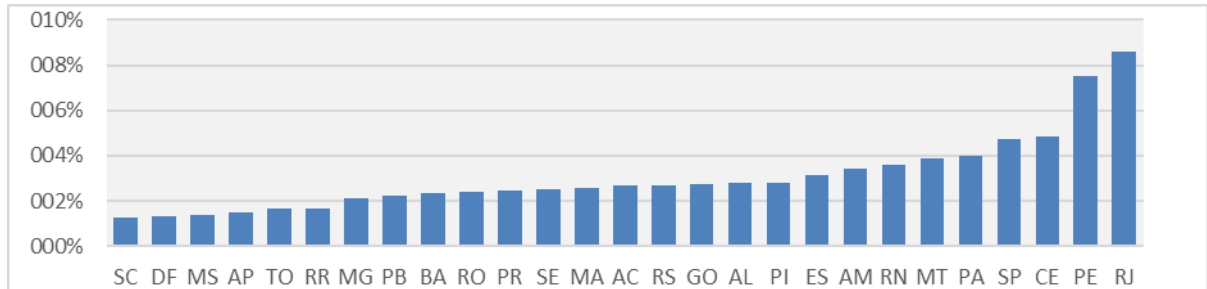
Gráfico 10: Taxas Internacionais de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados)



Fonte: OMS, Situation report 182 – Coronavirus disease 2019 (Covid-19), de 20/7/2020.

122. Quanto às taxas domésticas de mortalidade, usando os dados mais atualizados fornecidos pela unidade técnica, é possível verificar a dispersão dos números entre as unidades da federação.

Gráfico 11: Taxas Nacionais de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados)



Fonte: MS, Painel Coronavírus, atualizado pela última vez em 20/7/2020 às 18:40.

123. A disparidade é maior com relação aos dados por município. Embora a maior parte dos entes tenham apresentado taxas de mortalidade entre 1% e 2%, a SecexSaúde detectou número relevante de municípios (202 no total) com taxas de mortalidade superiores a 25%, sendo que em 34 deles a taxa foi de 100% (ou seja, foram diagnosticadas apenas pessoas que morrem com a Covid-19).

124. Esse dado é um indício de que alguns municípios estavam, no período de realização da fiscalização, com dificuldades de testar seus habitantes para a doença, o que compromete qualquer estratégia de enfrentamento da pandemia.

125. A equipe de fiscalização destacou que, em audiência pública ocorrida em 23/6/2020 na comissão mista no Congresso Nacional que analisa as ações de combate à pandemia, o Ministro interino da Saúde, Eduardo Pazuello, anunciou programa de testagem em massa e informou que o diagnóstico clínico passará a compor a base de dados de casos de Covid-19. Essa nova diretriz pode vir a impactar a estratégia de combate à doença.

126. Transcorrido um mês do trabalho de coleta de informações, é possível que os dados levantados não mais representem a fotografia do momento atual. De todo modo, é preciso atenção especial do MS ao cumprimento eficiente das medidas anunciadas na referida audiência, o que deve ser objeto de verificação no próximo ciclo de acompanhamento.

127. Ao fim e ao cabo, a SecexSaúde concluiu que, passados praticamente cinco meses após a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, são desconhecidos os critérios para transferência de recursos financeiros e, como já assinalado no capítulo III deste voto, para distribuição de insumos adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde.

128. A persistência da pandemia e as incertezas quanto à sua evolução e ao tratamento da doença exigem o fortalecimento da estrutura de governança do seu enfrentamento, bem como a definição de critérios técnicos objetivos para a alocação dos recursos e insumos necessários a essa política pública.

129. Sendo assim, deve a unidade técnica continuar o exame de tais aspectos, assim como do atendimento da recomendação consubstanciada no subitem 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-Plenário, no próximo ciclo de acompanhamento.

VI- Da aplicação dos recursos transferidos aos estados

130. A SecexSaúde autuou processo de produção de conhecimento para acompanhar, em dez Estados – Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo –, até o final do mês de maio, a aplicação dos recursos transferidos pela

União para enfrentamento à emergência de saúde pública declarada em razão do novo coronavírus (TC 015.856/2020-8).

131. O objetivo era traçar um panorama da política de combate da pandemia no país, a partir da análise das aquisições do Ministério da Saúde e dos estados e municípios com recursos descentralizados pelo Ministério; identificar as diretrizes da política de aquisição de insumos para o enfrentamento à Covid-19, especialmente, a existência de sobreposição ou lacunas nas compras; e avaliar a articulação do Ministério da Saúde e dos demais entes federativos, nesse ponto.

132. Todavia, a unidade técnica não logrou atingir esses propósitos, tendo em vista a falta do detalhamento ou de padronização dos objetos dos contratos. Dos estados selecionados para a produção de conhecimento, foi possível obter informações relativas aos quantitativos de insumos adquiridos por quatro estados e, mesmo assim, não foram encaminhados dados relativos a todos os insumos distribuídos pelo Ministério da Saúde, quais sejam máscaras cirúrgicas e N-95, álcool em gel, aventais, testes rápidos, luvas, óculos e protetores faciais, toucas e sapatilhas, testes PCR e respiradores.

133. O conhecimento da forma como os entes federativos alocaram os recursos que lhes foram repassados é importante para a estratégia de distribuição direta de bens e insumos e para a própria estimativa das transferências futuras, a fim de melhorar a eficiência do gasto público.

134. Conforme assinalado pela SecexSaúde, *“sem a análise da execução das despesas dos demais entes federativos não é possível avaliar se os recursos destinados para o combate à pandemia foram suficientes, se foram direcionados para ações que realmente contribuíram para o enfrentamento da situação, se a estratégia que combinou, ao mesmo tempo, centralização e descentralização das aquisições, resultou em aquisições mais econômicas e cujo prazo de entrega se mostrou compatível com o atendimento da pandemia”*.

135. Tal constatação reforça a necessidade da diligência consignada no item 77 **supra**, a fim de que o Ministério da Saúde apresente a este Tribunal toda a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

VII. Da atuação dos hospitais federais no RJ no contexto da pandemia causada pela Covid-19

136. A equipe de fiscalização também verificou a atuação dos hospitais federais e institutos nacionais vinculados ao Ministério da Saúde situados no município do Rio de Janeiro, quanto às ações adotadas para o combate da crise do novo coronavírus.

137. A unidade técnica deu ênfase ao objeto da representação protocolada pelo MPTCU, relatando omissão do Governo Federal ao não contratar profissionais de saúde para atuar nesses hospitais, os quais teriam leitos equipados para receber pacientes, mas bloqueados no sistema do SUS por falta de recursos humanos (TC 020.437/2020-0).

138. A SecexSaúde procedeu ao exame preliminar da matéria, de modo que os autos se encontram em comunicação, aguardando resposta às diligências efetivadas.

139. De todo modo, a unidade técnica destacou que o déficit de pessoal é problema crônico nos hospitais e institutos federais situados na cidade do Rio de Janeiro, acompanhado e tratado por esta Corte desde longa data, tanto em auditorias como nos processos de contas apresentados pelas unidades jurisdicionadas.

140. Conforme ressaltado pela equipe de fiscalização, *“a pandemia causada pelo novo coronavírus exacerba um problema de deficiência da gestão da rede hospitalar federal no Rio de Janeiro, de longa data, que vem sendo objeto de controle externo por parte da SecexSaúde no que se refere às unidades hospitalares federais localizadas no Rio de Janeiro, com vistas a contribuir para a melhoria de gestão dessas unidades, coibir desvios de recursos públicos e prevenir a ocorrência de irregularidades”*.

VIII – Da Transparência

141. A unidade técnica avaliou a transparência das ações, informações e dados no âmbito do Ministério da Saúde, usando como parâmetro os normativos legais de regência da matéria.

142. Segundo o art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020:

“§ 2º Todas as contratações ou aquisições realizadas com fulcro nesta Lei serão imediatamente disponibilizadas em sítio oficial específico na rede mundial de computadores (internet), contendo, no que couber, além das informações previstas no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o nome do contratado, o número de sua inscrição na Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de contratação ou aquisição.”

143. Quanto aos contratos, a equipe de acompanhamento verificou que o MS disponibilizou **link** específico para acesso: <https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus>. Contudo, o site não contém o processo de contratação ou aquisição, como exigido pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, acima transcrito.

144. O Departamento de Logística em Saúde (DLOG) assinalou que incluiu e publicou novo quadro demonstrativo com coluna indicando o número do processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), com a informação, no cabeçalho do quadro informativo, de que, para ter acesso aos processos na íntegra, o interessado deve realizar seu cadastro como usuário externo, por meio do **link** disponibilizado (peça 79).

145. A propósito do tema, o TCU, por meio do Acórdão 1.142/2020-Plenário, recomendou ao Ministério da Economia, em articulação com a Controladoria-Geral da União, que:

“1.8.1.1. adote as providências necessárias para que seja possível a consulta pública de inteiro teor dos processos administrativos, assegurada a proteção das informações classificadas ou sujeitas a sigilo legal, e definindo quais tipos de processos e/ou informações devem ser objeto de transparência ativa, em respeito ao disposto no art. 8º da Lei 12.527/2011 c/c o art. 7º do Decreto 7.724/2012.

1.8.1.2. adote as providências necessárias para orientar as organizações públicas, inclusive por meio de regulamentação, se necessário, quanto à divulgação proativa, mediante transparência ativa, dos processos de aquisição e de execução contratual, em atenção ao fato de serem informações definidas pela legislação como de interesse público, coletivo e geral, consoante o disposto no art. 8º, §1º, inciso IV, da Lei 12.527/2011 c/c art. 7º, §3º, inciso V do Decreto 7.724/2012, e em sintonia com o art. 37 da Constituição Federal c/c art. 3º da Lei 8.666/1993, indicando as cautelas necessárias para a proteção de informações classificadas ou protegidas por sigilo legal.”

146. Considerando o exposto, a unidade técnica absteve-se de formular proposta de deliberação. A despeito disso, a SecexSaúde deve verificar o efetivo acesso aos processos de contratação realizados com fundamento da Lei 13.979/2020 no próximo ciclo do acompanhamento.

147. No que se refere às demais constatações da fiscalização, merece destaque a assertiva de que não foi possível verificar a disponibilidade por UF/municípios. Tal assunto foi objeto de requisição pela equipe de acompanhamento, que solicitou *“informações sobre a quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI): se o MS tem conhecimento da disponibilidade dos leitos de UTI nos Estados e Municípios para tratamento da Covid-19 e de outras enfermidades; periodicidade e forma de atualização das informações; e possibilidades de atuação do Ministério”*.

148. O MS se limitou a informar que os dados relativos aos leitos de UTI são atualizados cotidianamente, quando da publicação das portarias de habilitação, tendo reportado o quantitativo de leitos novos habilitados em cada estado até 28/5/2020 (peça 37).

149. Cabe destacar que o MS lançou, em junho/2020, o portal Localiza SUS, o qual contém, segundo descrição do próprio **site** Painel de Leitos, “*informações sobre a disponibilidade e o uso dos leitos Clínicos e de UTI, SUS e Não SUS, distribuídos nos Municípios*”. Contudo, em consulta ao painel, em 27/6/2020, não foram localizadas informações relativas à taxa de ocupação de leitos de UTI.

150. Diante desse quadro, acolho a proposta da unidade técnica de “*recomendar ao Ministério, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, disponibilize no portal Localiza SUS informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a destinação dos leitos – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades*”.

151. Faço apenas um acréscimo na redação sugerida, a fim de ressaltar a necessidade de articulação do MS com outras instâncias da federação, com o intuito de viabilizar a disponibilização das informações requeridas.

152. Por fim, gostaria de enaltecer o trabalho realizado pela SecexSaúde, na pessoa dos auditores Vivian Campos da Silva, Fábio Dorneles Vieira de Aquino e Anna Carolina Lemos Rosal, do Diretor Messias Alves Trindade e do Secretário Marcelo Chaves Aragão.

153. Diante de todo o exposto, voto por que seja adotada a deliberação que ora submeto a este Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 22 de julho de 2020.

BENJAMIN ZYMLER
Relator