

QUINTO RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

TC 014.575/2020-5

Fiscalização n. 51/2020

Relator: Benjamin Zymler

DA FISCALIZAÇÃO

Atos originários: Despacho de 18/3/2020 do Min. Benjamin Zymler (TC 011.705/2020-5)

Objeto da fiscalização: Avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde para o combate à crise gerada pelo coronavírus e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo Ministério e seus braços (órgãos e entidades a ele vinculados) sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.

Ato de designação: Portarias de Fiscalização - SecexSaúde 133 de 19/3/2020, 317 de 30/6/2020, 575 de 9/11/2020 e 75 de 26/2/2021

Período abrangido pela fiscalização: 23/3/2020 a 31/3/2021

Composição da equipe:

- Anna Carolina Lemos Rosal – mat. 11175-9
- Alexandre Francisco Leite de Assis - mat. 10201-6
- Guillermo Manrique Ferreira – mat. 9481-1
- Vivian Campos da Silva - mat. 9500-1 (coordenadora)
- Messias Alves Trindade – mat. 6593-5 (supervisor)

DOS ÓRGÃOS/ENTIDADES FISCALIZADOS

Órgão/entidade fiscalizado: Ministério da Saúde

Vinculação TCU: Secretaria de Controle Externo da Saúde

Responsáveis pelo órgão/entidade:

Nome: Luis Henrique Mandetta

Cargo: Ministro de Estado da Saúde

Período: 1/1/2019 a 15/4/2020

Nome: Nelson Luiz Sperle Teich

Cargo: Ministro de Estado da Saúde

Período: 16/4/2020 a 15/5/2020

Nome: Eduardo Pazuello

Cargo: Ministro de Estado da Saúde

Período: 16/5/2020 a 22/3/2021

Nome: Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Cargo: Ministro de Estado da Saúde

Período: A partir de 23/3/2021

I. APRESENTAÇÃO

1. Tratam os autos do quinto relatório do acompanhamento instaurado com o objetivo de avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde (MS) para o combate à crise gerada pelo coronavírus e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo Ministério e seus braços (órgãos e entidades a ele vinculados) sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.
2. O primeiro relatório do acompanhamento apresentou, entre outros assuntos, a metodologia planejada para a execução dos trabalhos e as dificuldades enfrentadas pela equipe na execução dos trabalhos até aquele momento.
3. O segundo relatório apresentou uma análise dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o fim do mês de junho de 2020, informações relativas às transferências de recursos para Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios, às contratações analisadas, à estrutura de governança montada pelo Ministério para enfrentar a pandemia, bem como ao planejamento de suas ações, à estratégia de comunicação e à transparência dos contratos e das informações atinentes à pandemia, disponíveis no *site* do Ministério.
4. Dentre os assuntos abordados no terceiro relatório, destacam-se: avaliação dos critérios para transferências de recursos para os entes federados, estabelecidos pela Portaria GM/MS 1.666/2020; avaliação quantitativa dos gastos dos entes federativos com saúde, por meio de consulta ao Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde e por meio de consulta aos saldos bancários das contas correntes para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde; análise da Encomenda Tecnológica para a produção no Brasil da vacina da Covid-19, firmada pela Fundação Oswaldo (Fiocruz) com o Laboratório AstraZeneca, e do papel do Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Imunizações; análise da estratégia de testagem de casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus; avaliação do cumprimento das deliberações do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, proferido em razão do julgamento do segundo relatório.
5. O quarto relatório apresentou um panorama dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o dia 24/11/2020; da execução dos contratos firmados pelo Ministério; da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços; das iniciativas para aquisição de eventuais vacinas contra a Covid-19; e da versão preliminar do Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19, apresentada em 1º/12/2021.
6. Este quinto relatório, em face da análise do cumprimento das deliberações do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário (Ministro Relator Benjamin Zymler), que apreciou o terceiro relatório do acompanhamento, retorna ao tema da política de testagem nacional para os casos de Covid-19 e da governança do Ministério da Saúde no combate à pandemia, por meio da análise das modificações realizadas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, dos planos estratégicos das medidas de comunicação e de gestão e assistência farmacêutica, elaborados em atendimento ao acórdão citado, e das estruturas, cuja implantação e atuação no contexto das Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional, são exigidas legalmente.
7. O relatório mantém a apresentação dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do MS, consolidados até o dia 15/3/2021, e do panorama da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços e retoma a apresentação dos saldos bancários das contas correntes dos entes subnacionais para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde.
8. O relatório também aborda as ações e iniciativas do Ministério da Saúde no tocante à identificação de novas variantes do Sars-CoV-2 e o sistema de registro de vacinação da Covid-19 e apresenta um balanço do primeiro ano de Covid-19, por meio da análise de indicadores de saúde.

9. No tocante à vacinação contra a Covid-19, tem-se que as 26 Secretarias do TCU nos estados (SEC) e a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) realizaram produção de conhecimento para avaliar os planos estaduais, distrital e municipais de vacinação – neste último, restrita a avaliação às capitais dos estados – com base na matriz de risco elaborada pela SecexSaúde. As principais conclusões da produção de conhecimento foram apresentadas, em reunião realizada, aos gestores do Ministério da Saúde, ligados ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Essas conclusões e as considerações da equipe constituem um tópico deste relatório.

10. Em decorrência da publicação da Resolução TCU 315/2020, cujo art. 14 estabelece que a unidade técnica instrutiva deve oportunizar aos destinatários das deliberações a apresentação de comentários sobre as propostas de determinação e/ou recomendação, a equipe, o supervisor do acompanhamento, o Secretário Substituto da SecexSaúde, a Coordenadora-Geral de Controle Externo da Área Social e de Governança e Gestão Pública do TCU (Cosocial), o Secretário Geral de Controle Externo Adjunto do TCU e o Secretário Especial de Coordenação das Secretarias do TCU nos Estados (Secor) apresentaram ao Secretário-Executivo do Ministério (SE/MS), à Diretora de Integridade e a representantes das secretarias finalísticas do MS, em reunião realizada dia 7/4/2021, via aplicativo *Microsoft Teams*, as propostas preliminares de recomendação e determinação.

II. GOVERNANÇA E PLANEJAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO DA CRISE GERADA PELO CORONAVÍRUS

11. Desde o início do presente acompanhamento, há mais de um ano, este Tribunal dedica-se a avaliar a governança do Ministério da Saúde para o enfrentamento da crise gerada pelo novo coronavírus. Se, inicialmente, o escopo do trabalho estava restrito à governança das aquisições, a evolução da pandemia e dos trabalhos de fiscalização demonstraram ser necessário ampliar o escopo e avaliar o funcionamento das estruturas criadas pelo Ministério para o combate à crise e o desempenho das atividades previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

12. Por meio dos acórdãos que apreciaram o segundo e o terceiro relatórios do acompanhamento, 1.888/2020 – TCU – Plenário e 2.817/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, foram emitidas determinações destinadas a aprimorar a governança do Ministério, neste período de crise. A análise do cumprimento destas determinações foi objeto do terceiro e do quarto relatório, tendo restado pendente a verificação do cumprimento de determinações relativas à comunicação e à elaboração dos planos estratégicos relacionados à comunicação e à gestão e assistência farmacêutica.

13. Contudo, faz-se necessário retornar ao tema das estruturas de gestão instituídas para o combate à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), declarada pela Portaria GM/MS 188/2020, em face da verificação de que a edição da Portaria GM/MS 3.190/2020, que, entre outras disposições, alterou as atribuições do Centro de Operações Emergências para a Covid-19 (COE Covid-19), até então denominado Centro de Operações Emergências em Saúde Pública (COEnCoV), descumpriu o Decreto 7.616/2011.

Comunicação

14. Por meio do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, determinou-se ao MS o ajuste da estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia (item 9.1.2). Posteriormente, por meio do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, determinou-se ao Ministério, nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, a elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de comunicação de risco previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional): informar as medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e pela população geral; elaborar junto com a área técnica materiais informativos/educativos sobre o novo coronavírus e distribuí-los para a população, profissionais de saúde, jornalistas e formadores de opinião; e disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação (item 9.1.1).

15. Importante destacar que o Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamim Zymler, dispensou o monitoramento do item 9.1.2 do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, pois a determinação ali contida foi substituída pela do item 9.1.1 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário.
16. Por conseguinte, em 3/12/2020, por meio da Nota Técnica 32/2020-SE/GAB/SE/MS (peça 275), o MS encaminhou o plano de ação para as ações do Plano Contingência Nacional, objeto dos itens 9.1.1.1, 9.1.1.2 e 9.1.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – Plenário, e esclareceu que manteve a utilização dos canais oficiais e mídias sociais para ações de comunicação, em detrimento da distribuição de materiais impressos (peça 275, p. 7).
17. Destaque-se que, apesar de o Ministério da Saúde ter elaborado plano de ação da comunicação de risco, nos documentos encaminhados, não restou evidenciada a sua execução e que, na revisão do Plano de Contingência Nacional, foi excluída a ação “aproximar das assessorias de comunicação dos Estados para alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações”.
18. A respeito da estratégia de comunicação de risco da Pasta, é relevante apontar que os resultados das medidas para o enfrentamento da pandemia dependem da transparência das ações de governo, do grau de coordenação com as ações de comunicação realizadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do alcance das informações à população em geral.
19. No tocante ao alcance das informações à população, faz-se importante retomar o conteúdo do voto condutor do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, no qual o Ministro Relator destacou, em razão da prevalência das ações de comunicação digitais do MS, que, além de existir um grande contingente populacional que não utiliza *internet* – 46 milhões de pessoas conforme levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Tecnologia da Informação e Comunicação de 2018, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) –, a simples existência de diversos canais não garante uma comunicação eficiente, pois esses canais também devem ser objeto de divulgação para que a população deles tenha conhecimento e os utilize, pois há uma característica de passividade dessas estratégias, que demandam que o cidadão faça uma ação de busca pela informação, havendo, desta forma, um alcance limitado na comunicação por meio dos canais oficiais na *internet*.
20. Ressalta-se que a comunicação é uma das vertentes da vigilância epidemiológica, definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, conforme art. 6º, § 2º, da Lei 8.080/1990.
21. Para além disso, ao representante do Ministério da Saúde designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin, cabe planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a emergência, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde, e articular-se com os gestores estaduais, distritais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme art. 10, § 1º, incisos I e II, Decreto 7.616/2011.
22. Posto isso, para o enfrentamento da pandemia e a redução da transmissibilidade do vírus Sars-CoV-2, considerando especialmente a gravidade do cenário atual, para a efetividade das ações de vigilância epidemiológica é relevante haver, por parte do MS, em coordenação com as Secretarias Estaduais de Saúde, um conjunto diversificado de ações de comunicação que atinjam toda a população brasileira para a divulgação de medidas não farmacológicas de eficácia comprovada, como, por exemplo, etiqueta respiratória, higienização frequente de mãos, uso de máscaras, regras de distanciamento, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados.
23. Trabalhos como o do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) ressaltam que tal coordenação é especialmente relevante em função da ampla circulação de informações falsas por mídias sociais, sobretudo ao considerar como a estrutura destas favorece a formação de câmara de eco, que leva

a que informações falsas sejam frequentemente percebidas como verdadeiras em função de sua ampla repetição (Van den Broucke, 2020, *apud*, Nota Técnica – 31 – Ipea – Dinte, p. 16 – disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210122_nt_dinte_n_31.pdf).

24. A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que a comunicação dos riscos para a proteção da saúde terá de operar no seio dos sistemas de saúde, integrada ao sistema de resposta às emergências e que, portanto, deve ser uma função estratégica designada às equipes mundiais e nacionais de liderança da preparação e resposta às emergências (Guia da Organização Mundial da Saúde para Política e Prática em Comunicação de Risco de Emergência, p. 16).

25. Além disso, os resultados das revisões sistemáticas dos estudos da OMS para o guia, a partir de análises de eventos de doenças infecciosas, doenças de transmissão alimentar, de emergências radiológicas/radioativas, cheias, sismos, erupções vulcânicas, em países de altos e médios rendimentos, apontaram vários fatores que podem elevar o nível de confiança da comunicação. Destacam-se os fatores abaixo transcritos (Guia da Organização Mundial da Saúde para Política e Prática em Comunicação de Risco de Emergência, p. 31):

- a) reconhecer as incertezas nas mensagens, incluindo as previsões e os alertas;
- b) ser transparente e não ocultar a informação negativa, tais como o número de vítimas;
- c) divulgar a informação e intervir rapidamente;
- d) fornecer comunicação científica numa forma fácil de compreender;
- e) procurar contribuições no público e encorajar o diálogo;
- f) assegurar a coordenação entre as diferentes autoridades sanitárias e as mídias, juntamente com uma mensagem uniforme;
- g) evitar a divulgação de informação divergente por parte de diferentes organismos; e
- h) divulgar a informação através de várias plataformas.

26. Entendendo que o atual agravamento da pandemia, refletido em indicadores, como número de óbitos, taxa de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de contaminação, requer a implementação imediata de planos e campanhas de comunicação com o objetivo de esclarecer a população e reforçar a importância das medidas de prevenção e vacinação, como registrado pela Fiocruz no Boletim Extraordinário Observatório Covid-19, de 2/3/2021 (disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/boletim_extraordinario_2021-marco-03.pdf), a equipe do acompanhamento reuniu-se com a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Ascom), em 17/3/2021, para verificar a implementação das ações de comunicação de risco constantes do Plano de Contingência Nacional e as medidas adotadas pela Pasta para coordenar as ações de comunicação com as Secretarias Estaduais de Saúde.

27. Na reunião, o chefe da Assessoria de Comunicação informou que, em 2020, foram gastos aproximadamente R\$ 228 milhões com ações de comunicação do órgão com a Covid-19 e, em 2021, até a data da reunião, tinham sido gastos cerca de R\$ 63 milhões. O Chefe da Ascom discorreu sobre a campanha de comunicação em rádio e televisão, atualmente direcionada a esclarecimentos sobre a vacinação, mas que também apresenta orientações sobre o uso de máscara e a higienização das mãos. A equipe do acompanhamento constatou a veiculação da campanha em dois diferentes canais de televisão aberta.

28. Quando cotejada com as ações de comunicação da mídia jornalística (imprensa comum), a campanha do MS não pareceu adequada para situações de crise, principalmente, considerando a gravidade atual da pandemia, que necessita de agilidade nas intervenções. Até o fechamento deste relatório, o país apresentava a maior média diária mundial de mortos, mais de 3.000 por dia, e uma taxa de aproximadamente 90.000 novos casos diários, desconsiderando as subnotificações. Assim, reputa-se

as ações implementadas pela Pasta pouco eficazes para a comunicação de risco na condição sanitária atual do Brasil.

29. No segundo relatório, a equipe já havia relatado a percepção do enfraquecimento da função de comunicação com o público em geral, em razão do fim das coletivas de imprensa diárias do MS, que deveriam ser canal de esclarecimento e de informação sobre a evolução da pandemia e de divulgação das medidas adotadas pelo governo.

30. Entendeu-se que a realização de entrevistas coletivas diárias seria a estratégia de comunicação mais efetiva para se buscar, no cenário atual, a interrupção da acelerada cadeia de transmissão do vírus, sendo possível por meio dessa ação de comunicação lançar mão de fatores-chave de sucesso apontados pela OMS no “Guia da Organização Mundial da Saúde para Política e Prática em Comunicação de Risco de Emergência” e elencados nos itens “a” a “g” do parágrafo 25 deste relatório, como a divulgação tempestiva da informação.

31. Na mencionada reunião sobre as ações de comunicação do MS, foram também formuladas questões a respeito das medidas adotadas pelo Ministério para a coordenação das ações de comunicação relativas ao enfrentamento da pandemia. O Chefe da Ascom informou que, desde 13/10/2020, data da sua chegada ao MS, foram realizadas três reuniões com as Assessorias de Comunicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), contudo, ressaltou que o SUS é tripartite e que, por esse motivo, o MS não poderia determinar as ações de comunicação das secretarias estaduais de saúde.

32. Entretanto, entende-se que não se trata de determinar ações para as secretarias estaduais de saúde, trata-se, de fato, de o MS, como coordenador nacional do Sistema Único de Saúde, assumir a liderança no processo de unificação da comunicação de risco para o enfrentamento da crise, buscando a adesão das secretarias estaduais no discurso baseado em práticas reconhecidas e apoiando estados com menor capacidade de desenvolver campanhas publicitárias.

33. No momento atual, de extremo agravamento da crise, torna-se fundamental a adoção de um discurso baseado na ciência para combater as *fake news* – que em muito têm contribuído para o comportamento dissonante da sociedade em relação ao que se deseja para o combate da pandemia – e para convencer a população a aceitar medidas e a adotar condutas muitas vezes impopulares, mas necessárias. Todavia, verificou-se que o Ministério da Saúde não tem liderado esse processo, ao reverso, excluiu do Plano de Contingência Nacional a ação que lhe atribuíra essa responsabilidade, em desacordo com o art. 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto 7.616/2011, que atribui ao representante do Ministério da Saúde designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin, as atribuições de planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a emergência e de articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, o que inclui as ações de comunicação à população.

34. Não é possível olvidar, ainda, que o Ministério da Saúde é competente para coordenar e fiscalizar o SUS (art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019) e que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológicas e sanitárias em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional (art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1.990).

35. Assim, considerando a atual situação de agravamento da crise causada pelo Sars-CoV-2, materializada na incapacidade de atendimento dos hospitais públicos e privados, cabe a essa Pasta a implementação, em coordenação com os demais Estados da Federação, de planos e campanhas de comunicação mais efetivas e a retomada da realização de entrevistas coletivas, com o objetivo de esclarecer a população sobre: taxa de ocupação de leitos e de contaminação; quantidade de óbitos; possibilidade de, mesmo aqueles que não integram grupos de risco, desenvolverem formas graves da doença e virem a falecer ou a apresentar sequelas; informações falsas ou *fake news*; relevância da vacinação; importância de medidas não farmacológicas para prevenção; orientações sobre tipo e uso de

máscara; presença de novas variantes mais transmissíveis; possibilidade de reinfecção; risco que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas.

36. Conquanto os planos de ação relativos às ações de comunicação de risco tenham sido elaborados pelo Ministério da Saúde, cumprindo a determinação do item 9.1.1 do Acórdão 2.817/2020, não se observou incremento ou fortalecimento na política de comunicação do órgão para indução do comportamento da população em geral que efetivamente contribua para a redução dos níveis de contaminação e de mortalidade pelo novo coronavírus.

37. Ademais, as ações verificadas não apresentaram o grau de transparência e rapidez esperada, como também não foram constatadas providências realizadas pelo MS para a coordenação das ações de comunicação das secretarias estaduais de saúde em prol de um discurso unificado para informar à população as medidas que se sabem efetivas para interromper a cadeia de transmissão do vírus, como distanciamento social, uso de máscara, higienização das mãos e ventilação de ambientes internos.

38. Em cumprimento à Resolução-TCU 315/2020, a equipe do acompanhamento apresentou aos representantes do Ministério da Saúde, em reunião realizada em 7/4/2021, as seguintes propostas de determinação:

I – a retomada da realização das coletivas de imprensa diárias com o objetivo de informar a situação epidemiológica e sanitária do país, por estados e por região, e de fornecer dados para combater as notícias falsas, esclarecendo, no mínimo, sobre taxa de ocupação de leitos e de contaminação; quantidade de óbitos; possibilidade de, mesmo aqueles que não integram grupos de risco, desenvolverem formas graves da doença e virem a falecer ou a apresentar sequelas; relevância da vacinação; importância de medidas não farmacológicas cientificamente comprovadas para prevenção; orientações sobre tipo e uso de máscara; presença de novas variantes mais transmissíveis; possibilidade de reinfecção; risco que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas; e

II - articulação com as secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde e suas entidades representativas para a realização de campanhas informativas com um discurso unificado para todo o país acerca da importância da adoção de medidas não farmacológicas.

39. O Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de aprimoramento da política de comunicação para o enfrentamento da crise e manifestou concordância em relação à determinação para se articular com os demais entes federativos e suas entidades representativas.

40. Quanto às coletivas diárias, os representantes do Ministério da Saúde argumentaram que: a definição de uma periodicidade poderia não ser conveniente em razão da possível falta de temas a serem tratados; que há um custo para a Pasta para realizar as coletivas, pois é necessário mobilizar uma estrutura para a realização das entrevistas, além de interferir em outras atividades do Ministério; e que, em relação a alguns temas, constantes da determinação, há uma dependência das informações dos estados, que poderiam não estar disponíveis quando da realização da coletiva.

41. Como já ressaltado nesta fiscalização, guias, como o *National Incident Management System (NIMS)*, mencionado no segundo relatório deste acompanhamento e experiências internacionais concernentes a crises, reputam que ações de comunicação de risco são primordiais para o combate a eventos que representam perigo à população, não sendo factível o argumento do Ministério sobre o comprometimento das atividades da pandemia, no sentido de que comunicação é uma das ações prioritárias na Espin.

42. Neste momento de tamanha gravidade da crise sanitária, com o intuito de reduzir a cadeia de contaminação da Covid-19, procurou-se englobar na determinação elementos fundamentais que possam orientar e esclarecer a população, principalmente sobre a gravidade da doença, a situação dos hospitais do país, medidas de prevenção, *fake news*. Ademais, conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, compete ao Ministro da Saúde a fixação de diretrizes para o combate a pandemia, competindo-lhe também assumir o protagonismo no fornecimento de informações à população, não

retirando sua competência o fato de a imprensa também se dedicar a noticiar sobre a doença e esclarecer a população.

43. Diante dos argumentos apresentados pelos representantes do MS, e em harmonização com a requisição constante da Ação Civil Pública 5015211-47.2021.4.047100, ajuizada pela Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, em 30/3/2021, a equipe da fiscalização entendeu por alterar a determinação para a realização das coletivas de imprensa com a frequência mínima de três vezes por semana.

44. **Ante ao exposto, propõe-se considerar cumprida a determinação do item 9.1.1 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário e, com fundamento nos arts. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1.990, 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, e 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto 7.616/2011 e, tendo como referência o Guia da OMS para Política e Práticas em Comunicação de Risco e Emergência, determinar ao Ministério da Saúde, que, no prazo de quinze dias:**

I - retome a realização das coletivas de imprensa, com a frequência mínima de três vezes por semana, com o objetivo de informar a situação epidemiológica e sanitária do país, por estados e por região, e de fornecer dados para combater as notícias falsas, esclarecendo, no mínimo, sobre taxa de ocupação de leitos e de contaminação; quantidade de óbitos; possibilidade de, mesmo aqueles que não integram grupos de risco, desenvolverem formas graves da doença e virem a falecer ou a apresentar sequelas; relevância da vacinação; medidas de prevenção; orientações sobre tipo e uso de máscara; presença de novas variantes mais transmissíveis; possibilidade de reinfeção; risco que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas; e

II - articule-se com as secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde e suas entidades representativas para a realização de campanhas conjuntas para todo o país acerca da importância da adoção de medidas não farmacológicas.

45. Por fim, entende-se que as propostas formuladas se enquadram na exceção do art. 5º da Resolução TCU 315/2020, que autoriza a formulação de proposta com a descrição de providência específica para o exato cumprimento da lei. No caso em tela, as providências elencadas na proposta de determinação são essenciais para o cumprimento do art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1990 e do Guia da OMS para Política e Práticas em Comunicação de Risco e Emergência, e, sobretudo, para o combate à pandemia, para a redução da cadeia de transmissão do vírus e para a redução da mortalidade da doença.

Assistência farmacêutica

46. Por meio do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, determinou-se ao MS a elaboração de planos tático-operacionais detalhados para a viabilização das medidas mencionadas nos itens “a” a “i” do Plano de Contingência (item 9.1.5). Posteriormente, por meio do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, determinou-se ao Ministério, nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, a elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Espin): garantir e monitorar o estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da Covid-19 e de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; e garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático (item 9.1.2).

47. Importante destacar que o Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamim Zymler, dispensou o monitoramento do item 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, pois a determinação ali contida foi substituída pela do item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU –

Plenário.

48. A respeito das medidas de gestão e assistência farmacêutica, por meio da Nota técnica 32/2020-SE/GAB/SE/MS (peça 275), o Ministério da Saúde encaminhou o novo Plano de Contingência, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/livreto-plano-de-contingenciaespin-coe-26-novembro-2020/view>, alegando, assim, ter cumprido a determinação do item 9.1.2. do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, tendo em vista a alteração das ações que constam das deliberações dos subitens 9.1.2.1 a 9.1.2.5.

49. Constatou-se, contudo, que as alterações das ações implicaram exclusões de responsabilidades relacionadas ao monitoramento do estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e ao controle, monitoramento, distribuição e remanejamento dos medicamentos essenciais ao enfrentamento da Covid-19, podendo gerar impactos negativos na coordenação nacional da resposta da Espin, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

50. A partir da análise da revisão do Plano de Contingência Nacional e das justificativas encaminhadas pelo Ministério da Saúde (peça 275. p. 19), verificou-se, outrossim, que os critérios utilizados para modificar as ações de gestão e assistência farmacêutica (parágrafos 62-67) justificar-se-iam sob circunstâncias de normalidade, enquanto situações de contingência requerem medidas diferenciadas, ajustadas sob uma perspectiva de enfrentamento de crises.

51. Por óbvio, eventos como o da pandemia do novo coronavírus, situação de emergência de saúde pública de importância nacional, declarada pela Portaria GMS/MS 188/2020, exigem do órgão coordenador e fiscalizador do SUS, o Ministério da Saúde (art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019), um planejamento estruturado por ações e atividades que viabilize a sua atuação de liderança e a definição de estruturas adequadas que possibilitem planejar, organizar, coordenar e controlar, como bem estabelece o Decreto 7.616/2011.

52. Destaca-se, ainda, que há um arcabouço legal que suporta ações extraordinárias por parte do MS na ocorrência de eventos como o da pandemia do novo coronavírus. A Lei 8.080/1990, por exemplo, estabelece, no parágrafo único, do art. 16, que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

53. O art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, por sua vez, estabelece que compete ao Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando: for superada a capacidade de execução dos Estados e do Distrito Federal; houver envolvimento de mais de um Estado e do Distrito Federal; ou houver riscos de disseminação em âmbito nacional.

54. Não restam dúvidas de que a pandemia do novo coronavírus enquadra-se nos casos de controle de doença que envolve mais de um estado e de disseminação em âmbito nacional, autorizando – ou melhor, reclamando - a atuação direta do MS na vigilância epidemiológica e no controle de doenças e agravos. Ademais, é essencial a sua atuação na coordenação e na fiscalização das ações fundamentais para o enfrentamento da pandemia, inclusive das ações de assistência farmacêutica, oferecendo suporte, especialmente, aos estados com serviços de saúde menos estruturados, a fim de evitar o desabastecimento de medicamentos.

55. Cabe aqui mencionar o poder-dever de agir da Administração Pública, pois, diferentemente do direito privado, em que é facultado ao agente exercer seu poder ou não, a Administração e por consequência seus agentes não possuem essa faculdade. Ou seja, sendo possível ou estando autorizada a atuação do agente, este deve agir. Esse dever é irrenunciável e a omissão configura abuso de poder, levando à consequente responsabilização da Administração e/ou do seu agente.

56. Nas palavras de José dos Santos Carvalho Filho (Manual do Direito Administrativo, 28ª edição p. 102):

Os poderes administrativos são outorgados aos agentes do Poder Público para lhes permitir atuação voltada aos interesses da coletividade. Sendo assim, deles emanam duas ordens de consequência:

1ª) são eles irrenunciáveis; e

2ª) devem ser obrigatoriamente exercidos pelos titulares.

Desse modo, as prerrogativas públicas, ao mesmo tempo em que constituem poderes para o administrador público, impõem-lhe o seu exercício e lhe vedam a inércia, porque o reflexo desta atinge, em última instância, a coletividade, esta a real destinatária de tais poderes.

57. Tendo em conta a situação extraordinária de agravo à saúde, a real possibilidade de recrudescimento da pandemia no momento da revisão do plano, em dezembro/2020, o conhecimento acumulado sobre a crise da Covid-19 – não só a partir dos acontecimentos internos, como também das experiências de países que primeiro sofreram com as variantes do vírus e com novas “ondas” da pandemia e a partir de publicações científicas e de órgãos técnicos da própria Administração Pública Federal – , havia a expectativa de que o Plano Nacional de Contingência tivesse sido aprimorado.

58. Esperava-se que, com a revisão, o Plano fosse estruturado por critérios que pudessem fortalecer a atuação do órgão central na liderança e na coordenação nacional da crise causada pelo Sars-CoV-2. Porém, ao reverso, a modificação do plano representou a exclusão de competências do Ministério da Saúde relacionadas à coordenação da Espin (art. 10º, § 1º, do Decreto 7.616/2.011) e a atribuições regimentais de coordenação e fiscalização do SUS (art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019), o que, na visão desta equipe, não deve ser tolerado por esta Corte de Contas.

59. A Nota Técnica 68 da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea, que tem por objetivo documentar as principais medidas de saúde pública adotadas ao redor do mundo com o objetivo de controlar a disseminação do coronavírus e seus impactos, chama atenção para o fato de que não existe uma fórmula a ser seguida para o enfrentamento de pandemias, mas que os países com melhores resultados no controle do Sars-CoV-2 compartilham, ao menos, uma característica em comum: a adoção, de modo tempestivo, de medidas planejadas e coordenadas centralmente para o controle da disseminação do vírus, além da preparação do sistema de saúde para cuidar adequadamente das pessoas infectadas.

60. Ressalta-se que esta unidade técnica, já no primeiro relatório produzido no âmbito do acompanhamento, apontou a importância de um organismo central responsável pela coordenação dos esforços de emergência, ao citar o documento *Accountability in a Time* elaborado pela Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai), com exemplos de achados e de auditorias relacionadas a epidemias e desastres, a exemplo da crise do ebola em Serra Leoa e na Libéria, segundo o qual as atividades desarticuladas podem causar mais danos que bem-estar.

61. Não é demais reforçar que o Decreto 7.616/2011, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, deixou assente o papel do coordenador nacional do órgão central em situações de agravo à saúde, deixando expressas as atribuições do representante do MS designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin: planejar, organizar, coordenar e controlar.

62. A seguir, passa-se a analisar as ações modificadas do Plano de Contingência Nacional. Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial (item 9.1.2.1 do Acordo 2.817/2020)

63. Essa ação foi alterada para “Subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção por Sars-CoV-2 e outros vírus respiratórios”. O MS justificou que, considerando a autonomia dos entes federados, não compete ao órgão garantir, mas somente apoiar a execução das ações.

Garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus Sars-CoV-2 (item 9.1.2.2 do Acordão 2.817/2020)

64. Esta ação foi alterada para “Apoiar nos processos de aquisição não programada de medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com Covid-19, em articulação com as áreas técnicas demandantes”. O MS justificou que o financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Dessa forma, parte dos medicamentos são adquiridos pelos estados ou municípios, conforme pactuação, cabendo a cada ente a gestão de seus estoques.

Monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual (item 9.1.2.3 do Acordão 2.817/2020)

65. Esta ação foi alterada para “Monitorar o estoque central dos medicamentos, adquiridos de forma centralizada pelo MS, no âmbito da assistência farmacêutica”. O MS apresentou a mesma justificativa dada para o item anterior: que o financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na CIT, que parte dos medicamentos são adquiridos por estados e municípios, conforme pactuação e que cada ente federativo é responsável pelo armazenamento, distribuição e controle dos seus estoques.

Rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda (item 9.1.2.4 do Acordão 2.817/2020)

66. Esta ação foi alterada para “Elaborar as pautas de distribuição e remanejamentos dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da assistência farmacêutica”.

Garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes (item 9.1.2.5 do Acordão 2.817/2020)

67. Esta ação foi agregada à ação objeto do item 9.1.2.2 do Acordão 2.817/2020 e alterada para “Apoiar nos processos de aquisição não programada de medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com Covid-19, em articulação com as áreas técnicas demandantes”.

Análise

68. Em relação à ação objeto do item 9.1.2.1 do Acordão 2.817/2020, tem-se que, ao contrário do entendimento adotado pelo MS, garantir não significa adquirir todos os insumos para o diagnóstico da Covid-19, contudo, engloba as atividades de fiscalizar, controlar o abastecimento, definir o remanejamento de itens entre os laboratórios e comprar os insumos, caso os estados tenham dificuldades para adquiri-los.

69. Como afirmado nos parágrafos 52-53, o Ministério da Saúde coordenará e executará, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, que escapem ao controle dos estados. Além disso, cabe ao MS planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a Espin, conforme mencionado anteriormente neste relatório (parágrafo 61).

70. Assim, para viabilização dessas medidas, seria necessária a manutenção da ação relativa à garantia dos insumos, anteriormente prevista no Plano Nacional de Contingência, e a ação efetiva do MS com o objetivo de dar cumprimento a sua atribuição legal e normativa.

71. Em relação às ações objeto dos itens 9.1.2.2 a 9.1.2.5, entende-se que, além de fundamentais para a busca da manutenção da capacidade operacional do SUS durante a crise da Covid-19, são medidas de apoio às secretarias estaduais de saúde, devendo, portanto, compor o planejamento do MS em razão da função de coordenador nacional do enfrentamento da pandemia, que é atribuída à Pasta.

72. A coordenação nacional da crise causada pelo Sars-CoV-2 requer ações de liderança e organização em diversas áreas. Em relação à assistência farmacêutica, a fiscalização e o controle do abastecimento dos medicamentos essenciais utilizados para o enfrentamento da pandemia, em

articulação com os entes federativos, compõem a atividade de coordenação da função logística atribuída ao órgão central do sistema.

73. No contexto da Espin, para a organização do planejamento, entende-se necessário, primeiramente, que a Pasta defina os principais medicamentos a serem utilizados na crise, para que, então, passe a monitorar o estoque estratégico existente no SUS definido para cada item, para, quando for o caso, realizar as intervenções necessárias em apoio às secretarias estaduais de saúde.

74. Ao contrário do afirmado pelo MS, entende-se que a ação “garantir estoque estratégico de medicamentos utilizados no tratamento da Covid-19” não atribui ao órgão a responsabilidade de aquisição de todos os medicamentos utilizados durante a pandemia, mas o monitoramento dos medicamentos essenciais (fiscalização do abastecimento da rede) e a aquisição conforme pactuação/planejamento ou ainda de forma a evitar desabastecimentos. A alteração da ação, conforme realizada, tende a enfraquecer a gestão logística da Pasta, atribuindo responsabilidade ao MS apenas para aquisições pontuais, não programadas, ou seja, sem planejamento, e levando ao abandono da função de controle do estoque, princípio essencial para fiscalização/monitoramento.

75. Cabe aqui destacar que a função controle foi também retirada da atribuição do COE Covid-19, por meio da Portaria GM/MS 3.190/2020, reiterando a visão do MS de atuar em situações não programadas.

76. Frisa-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda, além da racionalização da demanda e dos insumos hospitalares, a gestão centralizada das aquisições, contribuindo para o esforço de coordenação do abastecimento das unidades de saúde, evitando excessos e quebras de estoque (WHO, 2020, *apud*, Ipea - Compras Públicas Centralizadas em Situações de Emergência e Calamidade Pública, p. 9).

77. Em relação à gestão logística, citam-se como boa prática os princípios abaixo, constantes do Plano de Ação do enfrentamento do coronavírus do Reino Unido, publicado em 3/3/2020 – *Coronavirus: action plan - A guide to what you can expect across the UK*, que orientam a ação do governo do Reino Unido:

- i) garantir que as agências responsáveis por combater o surto estejam com os recursos devidos para fazê-lo, que tenham as pessoas, equipamentos e medicamentos que necessitam, e que quaisquer mudanças necessárias na legislação sejam levadas adiante o mais rápido possível;
- ii) manter estoque estratégico dos medicamentos mais importantes e equipamentos de proteção para profissionais de saúde que podem entrar em contato com pacientes infectados. Esses estoques são monitorados diariamente, com estoque adicional sendo solicitado quando necessário.

78. Por conseguinte, a alteração da atribuição de monitorar o estoque federal e dos estados para monitorar somente o estoque central acarreta um maior enfraquecimento da capacidade do MS de coordenar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde durante a pandemia, relativamente à função logística, pois, para definir estratégias logísticas, o órgão central deve conhecer o estoque dos medicamentos definidos como essenciais na rede pública. Sem essas informações não há como o MS realizar remanejamentos, distribuições e, eventualmente, novas aquisições.

79. Nesse sentido, a alteração da ação “rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento” restringindo-a para “elaborar a pauta de distribuição dos medicamentos adquiridos pelo MS” minimiza sobremaneira a gestão logística da crise a ser realizada pelo MS, reduzindo a responsabilidade do órgão aos medicamentos adquiridos pelo próprio Ministério. A eficiência na coordenação nacional da pandemia requer que o órgão central execute as atribuições de controle, distribuição e remanejamento de forma sistêmica e em coordenação com as secretarias estaduais. Somente o órgão central, com todos os dados logísticos do sistema terá condições de executar essas

atividades.

80. Em suma, as alterações realizadas pelo MS nas ações relativas à assistência farmacêutica representaram uma redução no escopo das atividades de gestão logística do MS na atual crise, em relação ao Plano de Contingência anterior, restringindo as atribuições apenas aos medicamentos adquiridos centralizadamente.

81. Essa redução de responsabilidades implica riscos para a capacidade do MS de coordenar e fiscalizar o SUS durante a atual crise (art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011 e art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019) e de coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando, entre outras hipóteses, for superada a capacidade de execução dos Estados e do Distrito Federal ou houver riscos de disseminação em âmbito nacional (art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019).

82. Assim, considerando as competências legais de coordenação e fiscalização do MS, com o objetivo de compreender a estratégia adotada pela Pasta para apoiar os estados em resposta à pandemia do novo coronavírus, foi enviado o Ofício de Requisição 28/2021 (peça 329), solicitando ao MS as seguintes informações:

- a) relação de insumos e medicamentos classificados como essenciais para o atendimento de pacientes com a Covid-19;
- b) medidas executadas pelo Ministério para apoiar os estados que enfrentam desabastecimento de medicamentos e insumos essenciais para atendimentos de pacientes com a Covid-19;
- c) medidas executadas pelo Ministério da Saúde para apoiar os estados da federação com risco de colapso nos serviços de saúde, em decorrência do risco de desabastecimento de insumos e medicamentos essenciais para o tratamento de pacientes com Covid-19; e
- d) ações planejadas e executadas pelo MS para evitar o desabastecimento de medicamentos e insumos essenciais para o atendimento dos pacientes com Covid-19 nos estados e no Distrito Federal.

83. Em resposta, o MS, por meio do Despacho SE/GAB/SE/MS, de 5/2/2021 (peça 360), informou que não existe uma relação oficial de insumos e medicamentos classificados como essenciais para o atendimento a pacientes com Covid-19 e que, no entanto, o SUS vem disponibilizando serviços e insumos para a terapia de suporte no enfrentamento à doença, além de medicamentos de uso no âmbito hospitalar no manejo de pacientes com quadro crítico que necessitam de ventilação mecânica, como, por exemplo, medicamentos sedativos, adjuvantes na sedação e relaxantes musculares, que compõem a relação de fármacos do chamado “kit intubação”.

84. Quanto às medidas executadas pelo Ministério para apoiar os estados que enfrentam desabastecimento de medicamentos e insumos essenciais para o atendimento a pacientes com Covid-19, o MS informou algumas ações relacionadas a estudos de mercado, parcerias com estudos de pesquisa, articulação com Ministério da Economia para desoneração tributária de medicamentos e insumos estratégicos para saúde, além da elaboração de notas técnicas relativas a estudos clínicos sobre terapias farmacológicas e não farmacológicas.

85. No tocante às medidas realizadas pelo órgão para apoiar os estados da federação com risco de colapso nos serviços de saúde, o MS informou que foi desencadeado o Plano Manaus, que se constituiu por um conjunto de ações, projetos, programa e parcerias que pretendem, quando desencadeadas em conjunto, minimizar os efeitos da crise e, paulatinamente, permitir o total controle da situação (peça 360, p. 18-27).

86. Em relação às ações planejadas e executadas pelo MS para evitar o desabastecimento de

medicamentos e insumos para os pacientes com Covid-19 nos estados e no DF, mais uma vez o MS voltou a informar as ações realizadas para auxiliar na regularização do abastecimento dos medicamentos utilizados no processo de intubação de pacientes com a doença.

87. Faz-se importante mencionar que, em 19/3/2021, realizou-se reunião com a participação do Secretário de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (Saes/MS) e sua assessoria, a Diretora de Integridade do MS, o Secretário Geral Adjunto do TCU, a Coordenadora-Geral de Controle Externo da Área Social e de Governança e Gestão Pública do TCU, o Secretário da SecexSaúde e a equipe da fiscalização para tratar da falta de medicamentos de intubação orotraqueal (IOT) para os pacientes graves internados com Covid-19.

88. A assessora da Saes apresentou dados e a estratégia de monitoramento utilizada pelo MS para os medicamentos de IOT. A partir das informações do MS, verificou-se que o acompanhamento do órgão baseava-se exclusivamente em dados dos leitos constantes dos Planos de Contingência Estaduais, ou seja, considerava apenas os medicamentos utilizados para intubação de pacientes internados em hospitais públicos, deixando de levar em conta a necessidade de abastecimento de medicamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que também estariam realizando procedimento de intubação em pacientes graves, conforme relatado na própria reunião.

89. Posteriormente, o Ministério da Saúde enviou, por e-mail, os *slides* apresentados na reunião, os quais continham gráficos com dados agregados, com informações totais por medicamentos ao longo do tempo, sem informação por região ou estado.

90. Apesar de as informações encaminhadas não serem suficientes para uma análise definitiva sobre o monitoramento realizado pelo órgão, foi possível verificar que os dados relativos ao consumo médio mensal e à situação de abastecimento são repassados ao Ministério pelo Conass ou por e-mail dos estados, não havendo um sistema para controle de estoque que possibilite verificar informações fidedignas em tempo real. Ademais, não foi demonstrado ainda como é realizado o controle das informações por estado da federação de forma ativa pelo MS.

91. Outro ponto que chamou atenção foi o envio linear, em 12/3/2021, a todos os estados, dos medicamentos propofol (680.000 ampolas) e atracúrio (280.000 ampolas), desconsiderando a diferença no número de leitos entre os estados, mesmo que somente dos incluídos no Plano de Contingência, além da situação da pandemia em cada estado, naquele momento. Destaque-se que, para o controle do estoque da indústria, o MS utiliza sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

92. Assim, em um juízo preliminar, pode-se afirmar que os trabalhos de controle e monitoramento do MS para os medicamentos de IOT foram ineficazes por falta de controle em tempo real e de sistema apropriado e, principalmente, por desconsiderarem o agravamento da crise, as condições sanitárias do país e as reais necessidades das secretarias de saúde.

93. Foi informado na reunião acima mencionada que o MS tomaria providências para a correção do processo de monitoramento dos medicamentos de IOT. Entende-se, dessa forma, a necessidade da continuidade do acompanhamento desse tema pela equipe da fiscalização, principalmente, com o intuito de verificar a correção das falhas acima apontadas.

94. Ainda que não seja possível formular juízos definitivos a partir da reunião realizada e dos slides encaminhados, com base nas informações enviadas pelo órgão e analisadas nos parágrafos 83-86, verifica-se que as medidas relatadas constituíram respostas a situações de grande gravidade, como falta de medicamentos para intubação e colapso do sistema de saúde de Manaus, ou ainda medidas de teor burocrático, relacionados a estudos de mercado e estudos clínicos.

95. Não foram constatadas, nas respostas encaminhadas pelo MS, medidas realizadas dentro de uma estratégia deliberada que desenhasse meios para a coordenação, planejamento, organização e controle das ações relativas à assistência farmacêutica, ainda que restritas a estados com mais dificuldades de resposta à pandemia do novo coronavírus, e, ainda mais, medidas que se mostrassem

articuladas com as demais ações de vigilância epidemiológica e sanitária planejadas para diferentes cenários (otimista, pessimista e moderado).

96. Nessa seara, diante das respostas enviadas pelo MS, em atenção ao item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário e ao Ofício de Requisição 28/2021, e diante das alterações no Plano de Contingência Nacional, não é possível concluir que o MS possui planejamento estratégico para gestão da assistência farmacêutica, a fim de garantir e monitorar estoque estratégico de insumos para testagem e para garantir, monitorar, distribuir, controlar e remanejar medicamentos a fim de mitigar os impactos de faltas nos serviços de saúde públicos brasileiros durante a pandemia do novo coronavírus, descumprindo o item 9.1.2 do acórdão acima citado.

97. A equipe do acompanhamento apresentou aos representantes do Ministério da Saúde a proposta de considerar descumprida a determinação do item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário para elaboração de plano estratégico detalhado para viabilização de medidas relacionadas à gestão e assistência farmacêutica e, em consequência, a proposta de reiteração da determinação em questão.

98. Representante da Saes/MS mencionou o monitoramento executado pelo MS, em conjunto com a Anvisa e o Conass, dos estoques de medicamentos de intubação orotraqueal (IOT), apresentado ao TCU na reunião realizada em 19/3/2021 e relatada nos parágrafos 87-91. Por sua vez, a representante do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) esclareceu que o MS realiza o controle dos medicamentos de competência federal e, eventualmente, em uma situação de emergência, o Departamento pode auxiliar nas aquisições de responsabilidade dos estados, como ocorreu no caso dos IOT.

99. Como já exaustivamente relatado neste documento, é preciso destacar que os procedimentos mencionados pela representante do DAF devem ser utilizados para os momentos de normalidade, e não no caso de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, quando cabe ao Ministério da Saúde planejar, coordenar, organizar e controlar as medidas implementadas na Espin (art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011).

100. Outrossim, reitera-se que o exemplo do monitoramento dos medicamentos de IOT, citados pela representante da Saes/MS, constitui-se uma situação pontual, diferente de um controle estruturante mediante sistemas informatizados que possibilitem monitorar os principais medicamentos utilizados no enfrentamento da Covid-19, buscando antecipar cenários indesejados. Ademais, a exclusão de competências do Plano de Contingência Nacional que viabilizassem esse controle leva à conclusão de que o MS entende não estar no âmbito de suas responsabilidades a realização dessa atribuição, em descumprimento ao normativo acima mencionado que regulamenta a Espin.

101. Por conseguinte, a equipe da fiscalização decidiu manter a proposta de descumprimento da determinação de elaboração do plano estratégico detalhado para viabilização de medidas relacionadas à gestão e assistência farmacêutica (item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário) e reiterar a determinação emitida.

102. **Ante o exposto, propõe-se considerar descumprida a determinação do item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário para elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização de medidas relacionadas à gestão e assistência farmacêutica.**

103. **Em razão do descumprimento da determinação, propõe-se, nos termos do art. 58, inciso IV, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 268, inciso VII, do RITCU, a aplicação de multa aos Senhores:**

Antônio Élcio Franco Filho (CPF 051.519.268-61): ex-Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, no período de 3/6/2020 a 25/3/2021 a quem competia, conforme art. 4º, incisos I e XI, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, assistir o Ministro de Estado na supervisão e na coordenação das atividades das Secretarias integrantes da estrutura do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, e fortalecer as relações entre os entes federativos no âmbito

do SUS; e conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011 e art. 3º, inciso I, da Portaria GM/MS 188/2020, com redação dada pela Portaria GM/MS 3.190/2020, planejar, organizar e coordenar medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Hélio Angotti Neto (082.453.537-52): Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde, nomeado em 17/6/2020 a quem compete, conforme art. 30, inciso I, alínea “b”, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, formular, coordenar, implementar e avaliar as Políticas Nacionais da Assistência Farmacêuticas e de Medicamentos, inclusive de hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados como parte integrantes da Política Nacional de Saúde.

Eduardo Pazuello (CPF: 734.125.037-20): ex-Ministro da Saúde, no período de 16/5/2020 a 23/3/2021 a quem competia, conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011 e art. 3º, inciso I, da Portaria GM/MS 188/2020, com redação dada pela Portaria GM/MS 3.190/2020, fixar as diretrizes necessárias para o planejamento, organização e coordenação das medias a serem empregadas durante a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.

104. A proposta está consoante a jurisprudência desta Corte de Contas que se inclina no sentido de que a aplicação de multa por descumprimento injustificado de determinação do TCU prescinde de audiência prévia do responsável quando a possibilidade da sanção constar na comunicação da deliberação, a exemplo do voto condutor do Acórdão 1.031/2009 – TCU – Segunda Câmara, de relatoria do Ministro Aroldo Cedraz. No caso em exame, a comunicação da deliberação se deu por meio do Ofício 62868/2020-TCU/Seproc, de 16/11/2020, acostado à peça 231, com respectiva ciência à peça 236. No referido ofício, item 2 das informações complementares, consta que:

2. O não cumprimento de determinação do Tribunal de Contas da União poderá ensejar a aplicação da multa prevista no art. 58, § 1º, da Lei nº 8.443/1992, a qual prescinde de realização de prévia audiência, nos termos do art. 268, inciso VII, e § 3º, do Regimento Interno do TCU.

105. Apesar de o art. 7º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 estabelecer que não devem ser formuladas determinações para reiteração de determinação anteriormente proferida pelo Tribunal, exceto no exame das contas, a excepcionalidade da mudança do mais alto dirigente da instituição e a gravidade da pandemia no país justificam a proposta de reiteração do conteúdo da determinação do item 9.1.2 do Acórdão 2817/2020 – TCU – Plenário.

106. **Face o exposto, propõe-se, com fundamento nos arts. 4º, inciso I, da Resolução 315/2020, 16, inciso VI e parágrafo único, da Lei 8.080/1990 e 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias:**

I – elabore plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional): garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus; garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes; e

II – ajuste sua estratégia de atuação na pandemia, no tocante à gestão e à assistência farmacêutica, às suas competências legais e às disposições do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional) e do plano estratégico que vier a ser elaborado.

107. Em razão da nomeação do novo Ministro da Saúde é pertinente destacar, conforme assentado pela jurisprudência desta Corte, que as determinações do TCU não têm o caráter *intuitu personae*, pois visam aprimorar a gestão do órgão ou entidade. Ao assumir o cargo, compete ao gestor inteirar-se das determinações desta Corte afetas à sua área de atuação e, no caso de descumprimento delas, arcar com o ônus decorrente (voto condutor do Acórdão 2180/2016 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo).

Centro de Operações Emergências para a Covid-19 (COE Covid-19)

108. Por meio do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, determinou-se ao MS a adoção das medidas necessárias visando adequar o funcionamento do Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 (COE Covid-19), à época denominado Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (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 (item 9.1.1).

109. No terceiro relatório do presente acompanhamento foi apontado que as evidências até aquele momento colhidas pela equipe de fiscalização não demonstraram o cumprimento da determinação em tela, visto que naquele ciclo de fiscalização não foi constatado aprimoramento das atribuições do comitê relacionadas ao escopo deste trabalho. Não se verificou articulação do COE com os Estados, DF e Municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para a Covid-19 e para elaboração dos planos tático-operacionais (objeto da determinação do item 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020).

110. Tampouco houve registro formal de proposição do COE para a requisição dos medicamentos dos chamados kit intubação, no processo administrativo da aquisição, instaurado pelo Ministério da Saúde (SEI/MS 25000.081981/2020-61), apesar da atribuição prevista no art. 3º, inciso V, alínea “c”, da Portaria GM/MS 188/2020, vigente à época, para requisitar bens e serviços no contexto de combate à pandemia.

111. Apesar da determinação da adoção de medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE aos normativos de regência de sua atuação, o MS optou por adequar o normativo de regência do COE ao papel efetivamente desempenhado pelo mecanismo e, em 27/11/2020, por meio da Portaria GM/MS 3.190/2020, excluiu as atribuições do COE de controlar medidas a serem empregadas durante a Espin; propor, de forma justificada, ao Ministro da Saúde a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na emergência; e a requisição de bens e serviços.

112. Assim, por meio do Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamim Zymler, que apreciou o quarto relatório do acompanhamento, a determinação do item do 9.1.1 Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário foi considerada atendida. Contudo, a equipe de fiscalização, em análise mais detida, observou que a adaptação feita pelo MS descumpe o Decreto 7.616/2011, que estabelece como obrigação do Ministério da Saúde designar um representante para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin.

113. Segundo o decreto citado, cabe ao representante, dentre outras atribuições: planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a Espin; 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; e a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de pessoas jurídicas (art. 10, § 1º, incisos I e V, alíneas “c” e “d”, do Decreto 7.616/2011).

114. Nesse contexto, é imperioso realizar nova análise das alterações da Portaria GM/MS 188/2020, em face das exclusões das atribuições do COE realizadas pela Portaria GM/MS 3.190/2020, agora sob a ótica das competências consignadas ao Ministério da Saúde pelo Decreto 7.616/2011 para uma situação de Espin, conforme exposto no parágrafo anterior.

115. Retomando o histórico dos fatos, a Portaria GM/MS 188/2020 declarou, em 3/2/2020, ainda na gestão do então Ministro Luiz Henrique Mandetta, a Espin, em decorrência da declaração de

Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS em 30/1/2020, estabelecendo o COE, como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, e estabelecendo que a gestão do COE estava sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde.

116. A mencionada portaria, no art. 3º, estabeleceu expressamente as competências do Centro de Operações, conforme atribuições do representante do MS responsável pela coordenação da Espin estabelecidas no art. 10, § 1º, incisos I a V, do Decreto 7.616/2011, entre elas as de propor ao Ministro da Saúde aquisições de bens, contratações de serviços e requisições administrativas e de articular-se com gestores estaduais, distrital e municipais.

117. Em decorrência das evidências de não realização dessas atribuições pelo COE, como relatadas no segundo relatório do presente acompanhamento, esta Corte de Contas determinou ao MS a adoção das medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação nos termos da Portaria GM/MS 188/2020 (item 9.1.1, Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário).

118. Posteriormente, já na gestão do Ministro Eduardo Pazuello, com a edição da Portaria GM/MS 3.190/2020, em 26/11/2020, o Ministério da Saúde optou por transferir a coordenação do COE para a Secretaria Executiva da Pasta e excluir atribuições constantes do art. 10, § 1º, inciso I e IV, alínea, “c” e “d”, do Decreto 7.616/2011.

119. Contudo, a partir da análise sistêmica dos normativos que envolvem a matéria, depreende-se que a retirada dessas atribuições de controlar a Espin e propor ao Ministro da Saúde aquisições de bens, contratações de serviços e requisições administrativas não estava no campo discricionário do gestor do Ministério da Saúde, visto que foram instituídas pelo Decreto 7.616/2011 – que regulamenta a Espin –, ato do Presidente da República, chefe do Poder Executivo, editado para regulamentar o parágrafo único do art. 16 da Lei 8.080/1.990.

120. Importa aqui relembrar a importância do trecho regulamentado da Lei 8.080/1990 para o enfrentamento da pandemia, já mencionado neste relatório, que estabelece que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde ou que representem risco de disseminação nacional. Nessa seara, passa-se a compreender e ressaltar ainda mais a relevância do papel do COE Covid-19 no contexto do enfrentamento da pandemia, sendo necessária a edição de ato normativo que restaure as competências estabelecidas para o representante do Ministério da Saúde designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin, nos termos do Decreto 7.616/2011.

121. A análise mais detida do Decreto 7.616/2011 reforça o entendimento adotado desde o início desse acompanhamento e evidenciado pelo conteúdo dos relatórios e pelas deliberações dos quatro acórdãos até aqui emitidos de que compete ao Ministério da Saúde exercer a liderança, o planejamento, a coordenação e mesmo a execução de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional causada pelo novo coronavírus.

122. Registre-se que, no final deste ciclo do acompanhamento, em 26/3/2021, foi publicado o Decreto 10.659/2021, que instituiu o Comitê de Coordenação Nacional para Enfrentamento da Pandemia da Covid-19, composto pelo Presidente da República – membro coordenador –, pelos Presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados e por autoridade designada pelo Presidente do Conselho Nacional de Justiça, na condição de observador.

123. Ao Comitê de Coordenação cabe, no âmbito das medidas para enfrentamento da pandemia da Covid-19 e dos problemas econômicos, fiscais, sociais e de saúde decorrentes: discutir as medidas a serem tomadas e auxiliar na articulação interpoderes e interfederativa.

124. Ao Ministério da Saúde ficou atribuída a Secretária Executiva do Comitê, conforme art. 6º do Decreto 10.659/2021. Destaca-se, todavia, que a despeito da publicação do citado decreto e da

instituição do Comitê, a competência para definir as diretrizes para o combate da Espin permanece a cargo do Ministério da Saúde, conforme Decreto 7.616/2011.

125. A equipe do acompanhamento apresentou aos representantes do MS a proposta formulada para reformar de ofício o item 9.3 do Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário e para determinar a adequação das competências e do funcionamento do COE Covid-19 ao disposto no Decreto 7.616/2011, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia.

126. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, na reunião realizada em 7/4/2021, esclareceu que reformulará a estrutura do MS e que criará uma nova secretaria que será responsável pela as atribuições que atualmente estão sob a responsabilidade do COE.

127. Conquanto apresentada pela Pasta disposição para reformulação da sua estrutura visando melhorias no combate à pandemia, cabe lembrar que, em resposta ao Ofício de Requisição 6/2020, o MS informou que a estrutura do COE, como estratégia de resposta à emergência em saúde, está alinhada ao Regulamento Sanitário Internacional, tratado promulgado no Brasil, por meio do Decreto 10.212/2020 (peça 31, p.1).

128. Cabe lembrar, outrossim, que as competências atribuídas ao COE devem estar alinhadas ao conteúdo do Decreto 7.616/2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Ressalta-se que eventual decreto que altere a estrutura regimental do Ministério da Saúde não revoga os decretos anteriormente mencionados.

129. A representante da Diretoria de Integridade informou que, considerando a decisão do MS de criação de nova secretaria para a gestão da pandemia, o prazo de quinze dias para implementação da determinação seria inviável. Contudo, tem-se que o COE é o órgão estratégico de atuação do Ministério da Saúde na pandemia, incumbido de planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a Espin, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde, não sendo possível a concessão do prazo solicitado pela representante do MS.

130. **Ante ao exposto, propõe-se:**

I –reformar, de ofício, o item 9.3 do Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário, de modo que passe a constar:

9.3. considerar atendida a determinação constante do item 9.1.4 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário e em atendimento a especificada no item 9.1.3 do aludido decisum;

II - com fundamento nos art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, art. 16, inciso VI, e parágrafo único, da Lei 8.080/1990 e art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, adequa as competências do Centro de Operações Emergências para a Covid-19 e ajuste o funcionamento do Centro ao disposto no Decreto citado, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos do item 9.1.1 do Acórdão 1.888/2020-Plenário.

131. Por derradeiro, destaca-se que cabe ao Ministro de Estado da Saúde decidir a respeito da declaração da Espin, definindo diretrizes e medidas que nortearão o desenvolvimento das ações voltadas à solução da emergência em saúde pública (art. 10, inciso II, do Decreto 7.616/2011).

132. Face ao extremo agravamento da crise, que requer novos direcionamentos para o combate à pandemia da Covid-19, visando à urgente solução do colapso da saúde no Brasil, e considerando a mudança de gestão do mais alto dirigente do Ministério da Saúde, órgão central do Sistema Único de Saúde, entende-se necessário o estabelecimento das mencionadas diretrizes e medidas, ausentes na Portaria GM/MS188/2020, que declara a Espin em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus, muito embora a proposta não tenha sido apresentada aos gestores do MS para fins de cumprimento da Resolução 315/2020.

133. **Ante o exposto, propõe-se com fundamento nos art. 4º, inciso I, da Resolução TCU**

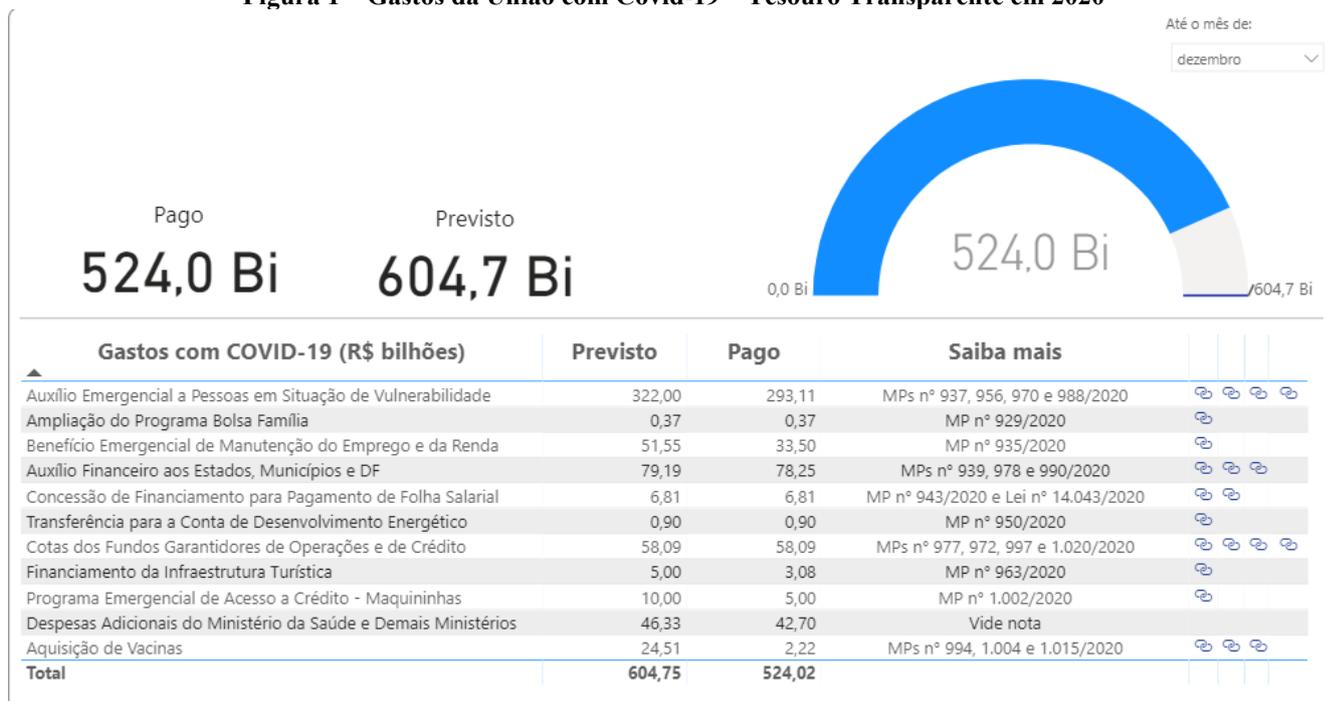
315/2020, e art. 10º, inciso, II, c/c , § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo improrrogável de quinze dias, defina diretrizes e medidas que nortearão o combate à pandemia da Covid-19, promovendo as correspondentes alterações na Portaria GM/MS 188/2020, que declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus.

III. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

134. Os gastos da União em ações relacionadas ao enfrentamento da Covid-19 e suas consequências estão sendo realizados por meio de diversas ações governamentais, em especial do Ministério da Saúde e dos Ministérios da Cidadania e da Economia, no tocante à mitigação dos efeitos econômicos da atual crise de saúde.

135. Conforme dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente (<https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>), em 2020 havia uma dotação orçamentária de aproximadamente R\$ 604,7 bilhões, dos quais a maior parte relacionada às consequências econômicas da crise, como é o caso do Auxílio Emergencial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade (R\$ 322 bilhões), Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e Renda (R\$ 51,55 bilhões) e Auxílio Financeiro aos Estados, Municípios e DF (R\$ 79,19 bilhões).

Figura 1 – Gastos da União com Covid-19 – Tesouro Transparente em 2020



Fonte: Tesouro Transparente – consultado em 15/3/2021

136. 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 constou, em 2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 69,88 bilhões, dos quais R\$ 63,74 bilhões 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.

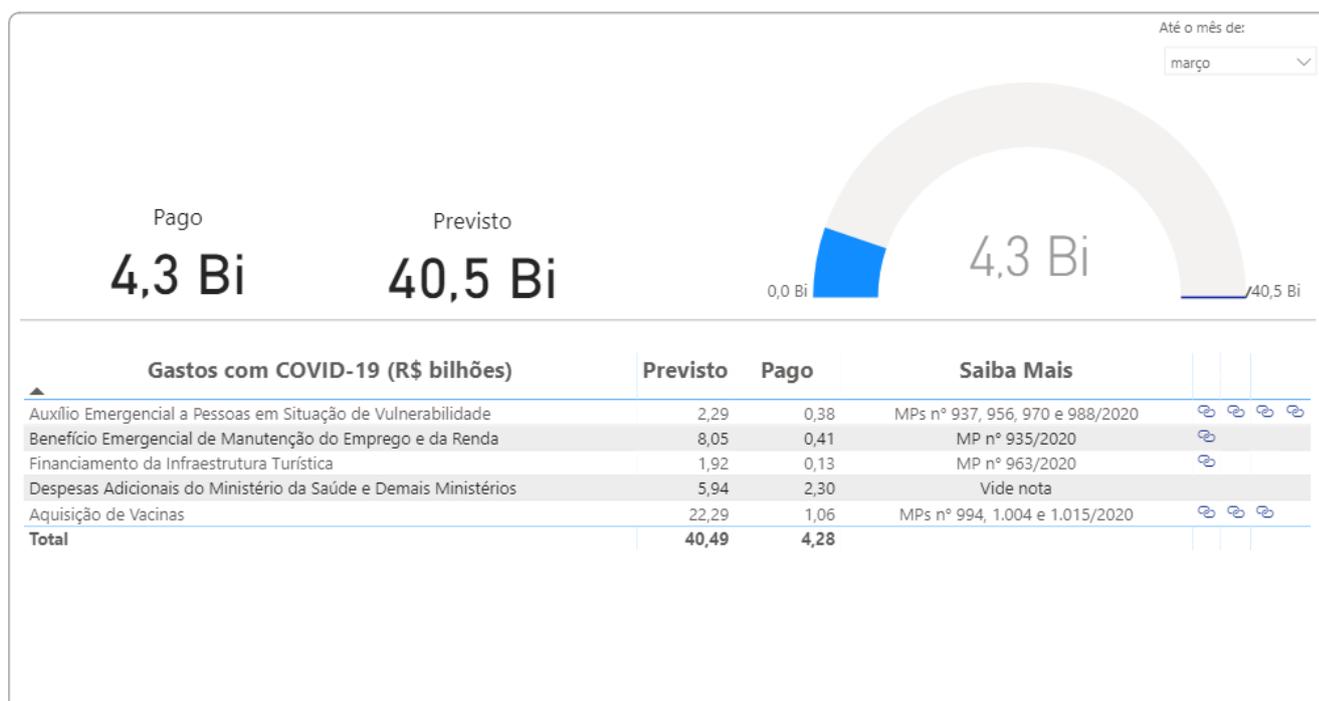
137. Dessa forma, partindo-se da premissa de que os gastos federais de competência do Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas - incluindo as transferências fundo a fundo para os entes subnacionais - estão sendo realizados totalmente por meio da referida ação 21C0, o orçamento alocado

a essa pasta alcançou em 2020 o montante de R\$ 63,74 bilhões, tendo sido, contudo, empenhado, naquele ano, o valor total de R\$ 41,75 bilhões.

138. Registra-se que as Medidas Provisórias (MPs) 994/2020 (convertida na Lei 14.107/2020), 1.004/2020 (convertida na Lei 14.122/2021) e 1.015/2020 abriram créditos extraordinários no valor de R\$ 24,51 bilhões para viabilizar o ingresso do país no Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - *Covax Facility* e para viabilizar a aquisição de vacinas e insumos, logística e outras despesas relacionadas à imunização contra a Covid-19. Contudo, foram pagos apenas R\$ 2,22 bilhões desse valor em 2020, tendo sido necessária a edição do Decreto 10.595/2021, que reabriu o crédito extraordinário no valor de R\$ 19,9 bilhões, permitindo a utilização desse saldo em 2021.

139. Para o exercício de 2021, conforme *site* do Tesouro Transparente, consta uma dotação orçamentária de aproximadamente R\$ 40,5 bilhões, incluindo todos os ministérios e ações, dos quais, a maior parte relaciona-se às despesas com aquisição de vacinas, no valor de R\$ 22,29 bilhões, conforme figura abaixo.

Figura 2 – Gastos da União com Covid-19 – Tesouro Transparente em 2021



Fonte: <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>

140. As dotações orçamentárias para essa ação tiveram origem em créditos extraordinários realizados por meio das medidas provisórias, elencadas na tabela abaixo, editadas desde março de 2020.

Tabela 1 - Medidas Provisórias de abertura de créditos extraordinários para a Função Saúde – Covid-19

MEDIDA PROVISÓRIA	DATA	DOTAÇÃO - AÇÃO 21C0 - (SOMENTE MS)
924/2020 (vigência encerrada em 10/7/2020)	13/3/2020	R\$ 4,84 bilhões
940/2020 (vigência encerrada em 30/7/2020)	2/4/2020	R\$ 9,44 bilhões
941/2020 (convertida na Lei 14.032/2020)	2/4/2020	R\$ 2,05 bilhões
947/2020 (vigência encerrada em 5/8/2020)	8/4/2020	R\$ 2,6 bilhões
967/2020 (convertida na Lei 14.055/2020)	19/5/2020	R\$ 5,57 bilhões

969/2020 (convertida na Lei 14.056/2020)	20/5/2020	R\$ 10 bilhões
976/2020 (convertida na Lei 14.067/2020)	4/6/2020	R\$ 4,47 bilhões
994/2020 (convertida na Lei 14.107/2020)	6/8/2020	R\$ 1,99 bilhões
1.004/2020 (convertida na Lei 14.122/2021)	24/9/2020	R\$ 2,51 bilhões
1.015/2020 (em tramitação)	17/2/2020	R\$ 20 bilhões
1.032/2021 (em tramitação)	24/2/2021	R\$ 2,81 bilhões
1.041/2021 (em tramitação)	30/3/2021	R\$ 155,8 milhões
Total		R\$ 66,43 bilhões

Fonte: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2019-a-2022>

141. Insta registrar que, após o quarto relatório deste acompanhamento, foram publicadas as MPs 1.015/2020, no valor de R\$ 20 bilhões, que destinou recursos para financiar a aquisição de vacinas e despesas inerentes à vacinação; 1.032/2021, no valor de R\$ 2,861 bilhões, que destinou recursos para a Fiocruz, Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. e Ministério da Saúde; e 1.041/2021 no valor total de R\$ 5,3 bilhões para despesas relativas ao enfrentamento da Covid-19, em diversas ações orçamentárias, sendo que R\$ 155,8 milhões foram alocados na ação 21C0.

142. Importante registrar que a alocação de recursos para o enfrentamento da pandemia em ações diferentes da 21C0, criada especificamente em função do combate à Covid-19, dificulta em muito a análise e consolidação dos aspectos orçamentários e financeiros das ações atinentes à pandemia.

143. Dos R\$ 63,74 bilhões em 2020, havia dotação de R\$ 29,1 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, especialmente a Fiocruz, no valor de R\$ 3,2 bilhões, conforme consulta realizada em 15/3/2021. Havia também dotação de aproximadamente R\$ 9,9 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde (modalidade de aplicação 31) e R\$ 23,3 bilhões para transferência aos fundos municipais (modalidade de aplicação 41) na referida ação. São essas as modalidades de aplicação com maior materialidade e o foco das análises empreendidas neste acompanhamento.

Tabela 2 – Dotação Atualizada da ação 21C0 por modalidade de aplicação - Função Saúde – Covid-19 em 2020

MODALIDADE APLICAÇÃO		DOTACAO ATUALIZADA (R\$)
31	TRANSFER. A ESTADOS E DF - FUNDO A FUNDO	9.882.945.131,23
40	TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS	3.388.179,00
41	TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS - FUNDO A FUNDO	23.310.205.243,54
50	TRANSF. A INST. PRIVADAS S/ FINS LUCRATIVOS	118.632.928,24
80	TRANSFERENCIAS AO EXTERIOR	1.617.683.320,45
90	APLICACOES DIRETAS	29.095.475.388,34
91	APLICACOES DIRETAS - OPERACOES INTERNAS	103.803.449,20
99	RESERVA DE CONTINGÊNCIA	500.000,00
TOTAL		64.132.633.640,00

Fonte: Tesouro Gerencial, acesso em 15/3/2021

144. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente, cuja consolidação dos dados foi realizada em 24/11/2020, relevante aumento na dotação para aplicação direta (90), em virtude da publicação da MP 1.015/2020 no valor de R\$ 20 bilhões para aquisição de vacinas.

Gráfico 1 – Variação da Dotação Atualizada da ação 21C0 por modalidade de aplicação - Função Saúde em 2020



Fonte: elaboração própria - com dados do Tesouro Gerencial em 15/3/2021

145. Em 2021, conforme consulta ao Tesouro Gerencial em 15/3/2021, a ação 21C0 possui dotação atualizada de R\$ 21,75 bilhões, conforme distribuição abaixo:

Tabela 3 – Dotação Atualizada da ação 21C0 por modalidade de aplicação - Função Saúde – Covid-19 em 2021

MODALIDADE APLICAÇÃO		DOTACAO ATUALIZADA (R\$)
50	TRANSF. A INST. PRIVADAS S/ FINS LUCRATIVOS	4.000.000,00
80	TRANSFERENCIAS AO EXTERIOR	1.696.502.836,07
90	APLICACOES DIRETAS	20.058.396.368,93
TOTAL		21.758.899.205,00

Fonte: Tesouro Gerencial, acesso em 15/3/2021

146. Neste íterim, observa-se que o Ministério da Saúde, atualmente, dispõe de pequena margem orçamentária para os mais diversos gastos para o combate à Covid-19, pois, conforme quadro acima, o MS dispõe de R\$ 20,05 bilhões para aplicação direta, porém, R\$ 19,9 bilhões estão reservados para despesas relativas à vacinação da população brasileira contra a Covid-19, tais como aquisição de vacinas, insumos, transporte, comunicação etc. Tal situação mostra-se preocupante, ainda mais nesse cenário de recrudescimento da contaminação e da mortalidade por Covid-19.

147. Importante ressaltar que a pequena diferença entre os valores apresentados na figura 2 e o parágrafo 139 e os valores apresentados na tabela 3 referem-se à diferença da fonte de informação, sendo que para a figura 2 e parágrafo 139 foram utilizados dados do *site* Tesouro Transparente e para a tabela 3, utilizou-se dados do Tesouro Gerencial.

148. Ainda nesse contexto dos valores empenhados, ressalte-se a existência de contratações e pagamentos de alta materialidade, emitidos especialmente pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz. As tabelas abaixo apresentam os maiores empenhos das duas entidades, no período de novembro/2020 a março/2021, com os respectivos favorecidos e o objeto resumido da aquisição/serviço.

Tabela 4 – Maiores empenhos do Ministério da Saúde na ação 21C0 - Função Saúde emitidos entre novembro/2020 a março/2021

Órgão	Favorecido	Objeto Resumido	Data Emissão Empenho	Valor empenhado (R\$)
Ministério da Saúde	JANSSEN-CILAG FARMACEUTICA LTDA	Aquisição de Vacinas Janssen – 38.000.000 Doses	15/3/2021	940.672.279,30
Ministério da Saúde	JANSSEN-CILAG FARMACEUTICA LTDA	Aquisição de Vacinas Janssen – 38.000.000 Doses	15/3/2021	1.198.727.720,70



Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	658.257.798,40
Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	987.719.261,70
Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	1.868.420.781,00
Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	926.591.874,50
Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	348.736.106,10
Ministério da Saúde	LABORATORIOS PFIZER LTDA	Aquisição de Vacinas Pfizer – 100.001.070 Doses	15/3/2021	840.334.419,30
Ministério da Saúde	PRECISA – COMERCIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA	Aquisição de Vacinas Covaxin – 20.000.000 Doses	22/2/2021	1.614.000.000,00
Ministério da Saúde	FUNDAÇÃO BUTANTAN	Aquisição de Vacinas – 46.000.000 Doses	7/1/2021	1.582.019.870,40
Ministério da Saúde	FUNDAÇÃO BUTANTAN	Aquisição de Vacinas – 46.000.000 Doses	7/1/2021	1.095.180.129,60
Ministério da Saúde	FUNDAÇÃO BUTANTAN	Aquisição de Vacinas – 54.000.000 Doses	11/2/2021	1.339.773.428,40
Ministério da Saúde	FUNDAÇÃO BUTANTAN	Aquisição de Vacinas – 54.000.000 Doses	11/2/2021	1.331.033.301,60
Ministério da Saúde	FUNDAÇÃO BUTANTAN	Aquisição de Vacinas – 54.000.000 Doses	11/2/2021	471.993.270,00
Ministério da Saúde	UNIÃO QUÍMICA FARMACÊUTICA NACIONAL S/A	Aquisição de Vacinas Sputnik V – 10.000.000 Doses	22/2/2021	693.600.000,00
TOTAL		268.001.070 – Doses		15.897.060.241,00

Fonte: Tesouro Gerencial, acesso em 16/3/2021

149. Em relação aos ciclos anteriores, verificam-se empenhos de alta materialidade do Ministério da Saúde para a aquisição das vacinas produzidas pelo Instituto Butantan (Coronavac), Bharat Biotech (Covaxin), Instituto Gamaleya (Sputnik V), Pfizer e Janssen, totalizando empenhos da ordem de R\$ 15,9 bilhões para aquisição de 268 milhões de doses de imunizantes.

Tabela 5 – Seis maiores empenhos da Fiocruz na ação 21C0 - Função Saúde emitidos entre novembro/2020 a março/2021

Entidade	Favorecido	Objeto Resumido	Valor empenhado (R\$)
Fundação Oswaldo Cruz	FIOTEC	Ações de apoio logístico à Fiocruz	168.434.727,83
Fundação Oswaldo Cruz	FIOTEC	Ações de apoio logístico à Fiocruz	116.010.499,74
Fundação Oswaldo Cruz	NOVA RIO SERVICOS GERAIS LTDA	Serviço de Apoio Adm. e Técnico	78.000.000,00
Fundação Oswaldo Cruz	SERUM LIFE SCIENCES LTD	Importação Vacina – Covid-19	57.816.200,00
Fundação Oswaldo Cruz	SERUM LIFE SCIENCES LTD	Importação Vacina – Covid-19	57.220.000,00
Fundação Oswaldo Cruz	WEST PHARMACEUTICAL SERVICES BRASIL LTDA	Material de Acondicionamento e Embalagem	51.299.672,00

Fonte: Tesouro Gerencial, acesso em 15/3/2021

150. No tocante à Fiocruz, nos meses de novembro/2020 a março/2021 o empenho de maior materialidade foi para a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), sua fundação de apoio.

151. A utilização da Fiotec pela Fiocruz foi objeto de explanação e análise no terceiro relatório deste acompanhamento e, como informado naquele relatório, a Controladoria Geral da União (CGU) deu início à realização de auditoria em contratações da Fiocruz para o enfrentamento da Covid-19, inclusive contratos firmados com a Fiotec.

152. Segundo informações dos responsáveis pela fiscalização da CGU, a auditoria está na fase de “comentários do gestor”. Nos próximos relatórios, as conclusões da CGU poderão ser apresentadas.

Considerações sobre a execução orçamentária

153. No segundo relatório do acompanhamento foram realizados apontamentos iniciais sobre a baixa execução dos recursos a cargo do Ministério da Saúde, em especial no tocante às transferências fundo a fundo para os entes subnacionais.

154. A título de comparação, os quadros que se seguem apresentam os valores das dotações atualizadas, os valores empenhados e pagos e os correspondentes percentuais de execução nas datas de 25/6/2020 (consolidação dos dados do segundo relatório), 28/9/2020 (consolidação dos dados do terceiro relatório), 24/11/2020 (consolidação dos dados do quarto relatório) e 16/3/2021 (consolidação dos dados deste quinto relatório).

Tabela 6 – Comparativo da execução da ação 21C0 por modalidade de aplicação- Função Saúde

Aplicações Diretas (90)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	11.407.109.967,92	2.886.878.898,37	25,31%	1.394.038.280,07	12,22%	
28/9/2020	10.500.940.218,88	5.803.720.091,91	55,27%	4.155.909.305,57	39,58%	
25/11/2020	9.667.620.590,15	6.437.184.726,00	66,58%	4.758.383.477,06	49,22%	
31/12/2020	29.095.475.388,34	7.085.531.188,31	24,35%	5.825.268.365,79	20,02%	1.069.001.355,96
16/03/2021	20.058.396.368,93	16.071.869.926,94	80,12%	926.752.022,56	4,62%	
Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo (31)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	9.992.269.042,01	4.057.646.123,25	40,61%	3.943.131.282,34	39,46%	
28/9/2020	9.172.496.709,91	8.185.168.306,03	89,24%	7.378.481.839,74	80,44%	
25/11/2020	9.219.049.884,31	8.100.830.394,08	87,87%	8.041.991.913,17	87,23%	
31/12/2020	9.882.945.131,23	9.859.093.716,23	99,75%	8.985.371.762,32	90,91%	143.491.945,23
Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	16.874.453.109,47	5.791.278.867,06	34,32%	5.707.188.966,55	33,82%	
28/9/2020	23.217.097.199,60	21.143.554.158,94	91,07%	19.555.312.513,50	84,23%	



25/11/2020	23.119.186.186,10	21.608.890.631,40	93,47%	21.495.497.176,26	92,98%	
31/12/2020	23.310.205.243,54	23.275.283.668,78	99,85%	23.087.663.558,39	99,04%	182.846.158,39

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta no Tesouro Gerencial em 16/3/2021

155. Como já informado, é possível observar grande aumento da dotação orçamentária para o exercício de 2020 para a modalidade de aplicação direta (90), haja vista o acréscimo de R\$ 20 bilhões destinados à aquisição de vacinas. Tal valor não chegou a ser utilizado em 2020, de modo que foi reaberto o crédito em 2021.

156. Em relação à execução em 2021, observa-se que não foram destinadas, até o presente momento, dotações orçamentárias para transferência aos estados e municípios. Quanto à modalidade de aplicação direta, verifica-se rápida utilização do valor disponibilizado por meio da realização de empenhos relativos à aquisição de vacinas, conforme já explanado anteriormente.

157. Por último, há que se registrar que na lei orçamentária federal de 2021, aprovada pelo Congresso Nacional em 25/3/2021 e ainda pendente de sanção presidencial e de publicação, não constam dotações para a ação orçamentária 21C0, ação orçamentária específica para o controle das despesas relativas ao combate à pandemia da Covid-19. Para efeitos comparativos, em 2020 a dotação orçamentária para esta ação foi de R\$ 63,74 bilhões.

158. A ausência de recursos específicos para o combate à pandemia pode ser explicada pelo momento de elaboração da PLOA 2021, quando o Brasil estava em curva descendente do número de casos e mortes decorrentes da Covid-19. Contudo, um bom planejamento exige a preparação para diferentes cenários (otimista, moderado e pessimista).

159. Ademais, era possível que a Presidência da República enviasse mensagem ao Congresso Nacional solicitando alterações no projeto de lei orçamentária, de modo a adequá-lo à real situação do país, e que os congressistas brasileiros destinassem recursos para o enfrentamento da pandemia.

160. Como é notório, neste momento, a realidade do Brasil é completamente diferente da realidade quando do encaminhamento do projeto de lei orçamentária anual de 2021 ao Congresso, com o surgimento de novas variantes do vírus Sars-CoV-2, potencialmente mais transmissíveis, e recordes em número de novos casos e mortes diárias.

161. Nesse contexto, as despesas para o combate da Covid-19 que ocorreram em 2020, muito provavelmente incorrerão em 2021 – não sendo possível precisar o montante – tais como custeio de leitos de UTI e aquisição de medicamentos e de equipamentos de proteção individual, entre outras. Porém, como já dito, os recursos atualmente disponíveis para a Covid-19 estão direcionados majoritariamente para as despesas com a vacinação e não existe na LOA 2021 qualquer previsão orçamentária para despesas com Covid-19, o que pode resultar na falta de recursos orçamentários para o combate à pandemia e, conseqüentemente, na perda de mais vidas.

162. Desse modo, até a publicação da Lei Orçamentária Anual, as despesas relativas a ações e serviços públicos em saúde (ASPS) são executadas seguindo os ditames do art. 65 da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – Lei 14.116/2020.

163. De acordo com o art. 65, inciso IV, da referida lei, a programação constante do PLOA de 2021, mesmo sem a aprovação da Lei Orçamentária de 2021, poderá ser executada para o atendimento de despesas destinadas às ações e serviços públicos de saúde, classificadas com o identificador de uso 6. Tendo em vista que todas as despesas do Ministério da Saúde para combate à Covid-19 estão incluídas no identificador de uso 6, a não aprovação da Lei Orçamentária de 2021 não é um óbice para a execução das despesas para o combate à Covid-19.

164. Com a ausência de recursos previamente destinados a despesas relativas ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, para tentar suprir, em parte, essa lacuna, o Governo Federal editou as Medidas Provisórias 1.032, de 24/2/2021, e 1.041/2021, de 30/3/2021.

165. As exposições de motivos das MPs elencam, de forma genérica, uma série de ações que serão executadas com os recursos, a exemplo de: despesas com aquisições ou aquisições de insumos ou equipamentos estratégicos para o enfrentamento da pandemia, como ventiladores pulmonares, monitores multiparamétricos, usina/geradores de oxigênio, medicamentos para intubação orotraqueal; prorrogação de bonificação extraordinária a 55 mil profissionais da saúde residentes, que atuam no atendimento à população, ampliação da provisão de médicos para a atenção primária realizada no âmbito do esforço de enfrentamento da doença; aquisição de testes e insumos para testes de detecção da Covid-19 e de equipamentos e insumos para aprimorar a identificação das amostras nos laboratórios executores.

166. As exposições de motivos de ambas as MPs afirmam que:

A situação epidemiológica atualmente verificada não era certa em meados de 2020, quando da elaboração do Projeto de Lei Orçamentária de 2021 - PLOA 2021, atualmente em tramitação no Congresso Nacional, como indica a própria redução do número de casos e mortes no decorrer do segundo semestre de 2020, além da perspectiva da imunização. Portanto, a situação fática de extrema gravidade colocada pela evolução da pandemia observada em janeiro de 2021 requer a adoção de medidas urgentes e singulares, para garantia do direito da população à saúde.

167. A exposição de motivos da MP 1.041/2021, mais detalhada, destaca:

10. Ainda em 25 de fevereiro de 2021, foi publicada a Medida Provisória nº 1.032, que abriu crédito extraordinário no valor de R\$ 2,86 bilhões ao Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia. Todavia, transcorrido um mês, a piora da situação epidemiológica, com crescimento expressivo do número de casos e óbitos, além das incertezas sobre novas variantes do agente causador da Covid-19, tornam necessário novo reforço do financiamento das medidas, com ampliação da escala e abrangência das ações e serviços públicos de saúde financiadas pelo Governo Federal. O quadro registrado em Manaus no início de 2021, com colapso da rede assistencial e a escassez de suprimentos de oxigênio, é exemplo emblemático do cenário a ser evitado.

(...)

15. A relevância, por sua vez, é oriunda da atual situação da pandemia, com alto risco à saúde pública, dado o grande potencial de contágio e o crescimento do número de casos e mortes observados.

16. Já a imprevisibilidade verifica-se na situação excepcional causada pela Covid-19, cujos efeitos ultrapassaram o exercício financeiro de 2020. A situação epidemiológica atualmente verificada não era certa em meados de 2020, quando da elaboração do Projeto de Lei Orçamentária de 2021 – PLOA-2021, em tramitação no Congresso Nacional, como indica a própria redução do número de casos e mortes no decorrer do segundo semestre de 2020, além da perspectiva da imunização.

17. Ademais, os limites de despesas disponibilizados ao Ministério da Saúde, parametrizados pela aplicação mínima constitucional, também não permitiriam a acomodação de despesas extraordinárias como as necessárias para enfrentamento de situação excepcional derivada da pandemia, tida como a maior da história recente da humanidade. É certa, por outro lado, a situação fática de extrema gravidade colocada pela sua evolução, observada a partir de janeiro de 2021, que requer a adoção de medidas urgentes e singulares, para garantia do direito à vida da população.

168. Assim, tem-se que, segundo as exposições de motivos, assinadas pelo Ministro da Economia, o governo não se preparou para uma possibilidade de piora da pandemia, no início de 2021, mesmo diante das experiências de outros países que enfrentavam um aumento no número de casos da Covid-19, após redução de medidas restritivas anteriormente adotadas e do aumento da circulação de pessoas no Brasil, em virtude das festas de fim de ano e do verão. Ademais, o orçamento regular do MS não permitiria a acomodação de despesas extraordinárias necessárias para o enfrentamento da pandemia.

169. Como destacado no terceiro relatório desta fiscalização, o orçamento deve expressar e materializar um planejamento e a ele deve estar associado. Esse planejamento deve detalhar o caminho a ser percorrido para o alcance de um objetivo. No presente caso, o orçamento do Ministério da Saúde deve refletir a estratégia adotada pela Pasta para o enfrentamento à pandemia. O conhecimento de tal estratégia e dos respectivos planos deve evidenciar o que o Ministério pretende realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto.

170. Um bom planejamento é a base para uma ação coordenada e eficaz. Contudo, o que se vê, até o momento, é que o MS tem atuado de forma reativa e não planejada. A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e nunca conseguiu acesso a planos ou documentos afins que identifiquem e formalizem de forma clara a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização pelo MS. Não é demais reforçar que, conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, compete ao Ministério da Saúde, por meio do seu representante, o planejamento das medidas a serem empregadas durante a Espin, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

171. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento nos arts. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 e 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, elabore planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas, contendo, no mínimo, o tipo de despesa (medicamentos, leitos de UTI, insumos, remuneração de profissionais), para o enfrentamento da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, no ano de 2021.

172. Propõe-se, outrossim, comunicar a Casa Civil da Presidência da República e a Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional a respeito da não inclusão na Lei Orçamentária de 2021 de recursos específicos para o combate à Covid-19.

173. Na reunião realizada com representantes do MS, na qual foram apresentadas as propostas de recomendações e determinações formuladas pela equipe de fiscalização, não foram apresentados óbices à determinação supracitada, de modo que foi reconhecida a importância da realização de um planejamento orçamentário para fazer frente às possíveis despesas a serem executadas para o enfrentamento desta pandemia.

IV. SALDO DAS CONTAS CORRENTES DOS ENTES SUBNACIONAIS

174. A análise da execução das despesas dos demais entes federativos é fundamental para avaliar se os recursos destinados para o combate à pandemia foram suficientes, se foram direcionados para ações que pudessem contribuir para o seu enfrentamento e se a estratégia que combinou, ao mesmo tempo, centralização e descentralização das aquisições foi efetiva.

175. Contudo, essa é uma análise complexa, pois as transferências transitam por sistemas orçamentários, financeiros e contábeis dos diversos entes federados, há flexibilidade na aplicação dos recursos pelos entes federados e nem todos os entes subnacionais possuem rubricas que identifiquem os recursos destinados ao combate à pandemia da Covid-19.

176. No âmbito federal, foi criado o Programa de Trabalho (PT) 10.122.5018.21C0.6500 (Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus), e foi definido um Grupo de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde dentro dos Blocos de Manutenção e de Estruturação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017).

177. Nos âmbitos estadual, distrital e municipal, conforme alterações originalmente implementadas pela Portaria GM/MS 3.992/2017, é permitido aos gestores remanejarem os recursos entre os grupos de identificação das transferências em conta corrente específica do respectivo Bloco, desde que ao final do exercício seja demonstrada a vinculação aos programas de trabalho do orçamento

federal da União. Essa dinâmica dificulta o rastreamento dos recursos do programa de trabalho previsto pelo governo federal.

178. Para verificar a execução das despesas dos entes federados, a equipe de fiscalização, como registrado no terceiro relatório, extraiu dados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) – sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e os comparou com os saldos bancários das contas correntes para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde, mantidas na Caixa Econômica Federal e no Banco do Brasil.

179. Neste ciclo, foi realizada apenas a consulta dos saldos das contas dos entes subnacionais, conforme metodologia detalhada no terceiro relatório de fiscalização.

180. Assim, realizada a extração dos dados, verificou-se que, em 28/2/2021, os entes subnacionais tinham saldos de R\$ 25,98 bilhões, face às transferências recebidas do Fundo Nacional de Saúde em 2020 e 2021, que totalizou o montante de R\$ 134,94 bilhões, referentes aos recursos do orçamento regular da saúde e aos recursos específicos para o combate à Covid-19. Isso indica que remanesciam nas contas dos entes cerca de 19,3% do total de recursos recebidos do orçamento geral e para combate à pandemia.

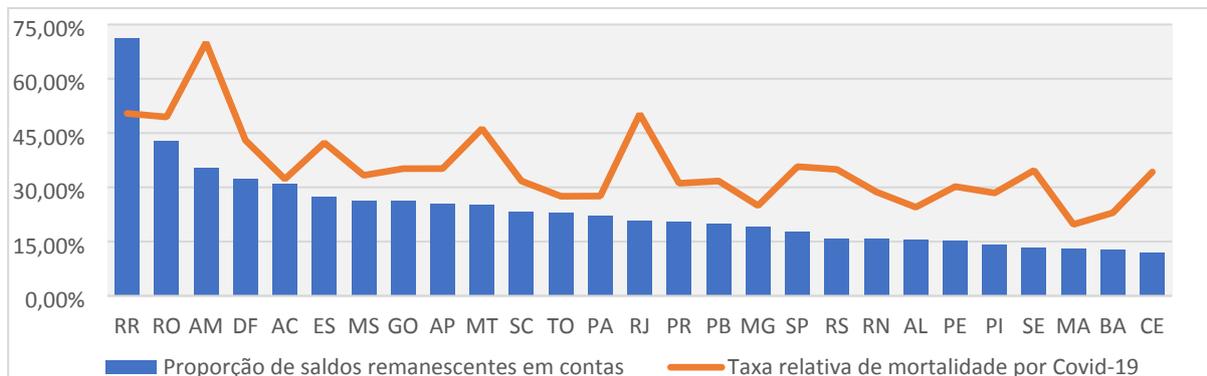
181. Esse percentual de recursos é inferior ao registrado no terceiro ciclo do presente acompanhamento (31,2%, com dados de 19/8/2020). Não obstante, os saldos remanescentes ainda são relevantes, correspondendo a cerca de 78,1% do que os entes receberam para a pandemia de Covid-19, (R\$ 33,25 bilhões). Registra-se que R\$ 3,67 bilhões estão espalhados em 56.843.076 contas correntes de 5.015 municípios que não as de custeio (custeiosus) e investimento (investsus), ou seja, anteriores à unificação dos antigos blocos em apenas dois, custeio e investimento, e, em tese, parados há mais de três anos nas referidas contas.

182. Há de se destacar que o fato de haver recursos parados nas contas correntes não é necessariamente algo negativo, podendo ser que parte desses recursos em caixa esteja em processo de execução, nos estágios empenho ou liquidação, bem como esteja comprometido em decorrência de inscrição em restos a pagar. Ademais, entre as contas correntes com saldos anteriores à unificação dos blocos, algumas possuem valores apenas residuais (cerca de 27% delas possuem menos que R\$ 100,00). Não obstante, é um indicativo que algumas localidades podem estar com mais dificuldades de executar seus recursos.

183. Em termos regionais, observa-se grande discrepância entre os entes federados. Enquanto o Estado de Roraima e seus municípios apresentavam aproximadamente 71,1% dos valores recebidos por transferências federais parados em suas contas bancárias, no Ceará (estado e municípios) esse percentual era de 11,9%. No geral, os entes apresentaram um saldo médio de 23,6% de saldos em contas correntes em relação às transferências recebidas, e um desvio padrão de 12,2%.

184. Comparando-se os saldos em contas correntes com as taxas de mortalidade por Covid-19 em 17/3/2020, observa-se que as dez UFs com maior proporção de recursos parados tiveram uma maior taxa média de mortalidade, de 17,3 por 10.000 habitantes, ao passo que nas dez UFs com menor proporção, essa mesma taxa foi de 11,7. Para propiciar uma melhor visualização, o gráfico abaixo apresenta a taxa de mortalidade de modo relativo, em que a maior taxa (27,7395 do Amazonas) correspondeu a 70%, e todas as demais foram calculadas em relação a essa.

Gráfico 2: Proporção de Saldos Remanescentes em Contas Correntes de Entes Subnacionais em Relação a Transferências Recebidas via FNS em 2020 e 2021



Fonte: Localiza SUS, FNS, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 28/2/2021 (FNS), 17/3/2021 (Painel Coronavírus) e 24/3/2021 (Localiza SUS).

185. Por fim, é importante salientar que a proporção de despesas pagas extraídas dos saldos das contas bancárias em relação às transferências realizadas em 2020 e 2021 (80,7%) é próxima da proporção entre dotação atualizada e despesas pagas registradas no Siops em 2020 para transferências recebidas do governo federal (82,1%), o que indica que houve melhora da qualidade das informações sobre a execução de despesas no Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde.

186. Ressalta-se que o item 9.1.5 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, determinou ao Ministério da Saúde que desse publicidade por meio digital dos entes subnacionais que não tivessem disponibilizado tempestivamente os dados de execução de despesas em saúde por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (art. 39 da Lei Complementar 141/2012), bem como desse ciência do fato aos conselhos de saúde responsáveis por fiscalizar os referidos entes, por força do art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990, como uma forma de aumentar a transparência sobre a execução das despesas em saúde pelos entes subnacionais.

187. Apesar dessa deliberação, observa-se que a lista dos municípios foi disponibilizada pelo Conasems em seu endereço na *Internet* (<https://www.conasems.org.br/confira-a-lista-atualizada-de-municipios-que-nao-homologaram-os-dados-no-siops/>). Indiretamente, é possível também ver essa relação dos municípios que não alimentaram os dados até o último bimestre de 2020, a partir de extração de dados, via portal localizasus.saude.gov.br.

188. Ademais, há de se citar que a determinação do TCU aparenta ter tido impacto positivo na divulgação da informação pelos entes subnacionais. De acordo com os dados informados pelo Conasems, 798 municípios não tinham alimentado dados tempestivamente, em 2/3/2021. A título comparativo, quando proposta a deliberação, no terceiro acompanhamento, essa lista era mais de três vezes maior, com 2.681 municípios.

189. **Nesse contexto, propõe-se considerar a determinação parcialmente atendida, de modo que nova avaliação será feita em futuros ciclos do presente acompanhamento, quando todas as ferramentas do Siops forem integralmente incorporadas em plataforma aberta pelo Ministério da Saúde.**

190. Ainda sobre este tópico, o item 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, recomendou ao Ministério da Saúde que implementasse, no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS), mecanismos de extração gerencial de dados relativos aos recursos transferidos aos entes subnacionais por meio de emendas parlamentares, considerando diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011 e o disposto no art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017.

191. Em relação a essa deliberação, observa-se que foi implementado, no novo portal do Fundo Nacional de Saúde, um painel sobre emendas parlamentares, que possibilitam a extração de alguns dados

consolidados (https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_Emendas/Portal_Emendas.html). Esse painel ainda pode ser aperfeiçoado, possibilitando, por exemplo, identificar o impacto das emendas em relação às transferências ordinárias do FNS, e com mecanismo de extração de dados das referidas tabelas para arquivo .csv ou .xls.

192. **Sem prejuízo, assim como no tópico anterior, observa-se que o órgão do Poder Executivo tem adotado ações no sentido de dar cumprimento à citada deliberação, razão pela qual propõe-se também a considerar parcialmente atendida, e nova avaliação será feita em futuros ciclos do presente acompanhamento.**

V. ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS RELATIVOS À COVID-19

193. Nesta etapa do acompanhamento foram analisados os processos de contratação informados pelo Ministério da Saúde após a elaboração do quarto relatório deste acompanhamento. A seguir, serão apresentadas informações relevantes acerca dos processos de aquisição de máscaras cirúrgicas, vacinas, equipamentos de proteção individual.

Tabela 7: Processos abertos e acompanhados pela equipe de acompanhamento

Processo	Fornecedor	Item	Quantidade	Valor
25000.015844/2020-38	Aura Pharma Importação e Expor	Máscaras Cirúrgicas	20.000.000	R\$ 41,600,000
25000.002031/2021-69	Fundação Butantan	Vacinas	46.000.000	R\$ 2,677,200,000
25000.138213/2020-96	Ainda não Contratado	Kits para Extração de RNA	6.120.000	R\$ 68,850,000
25000.006461/2021-50	Ainda não Contratado	Máscaras	78.144.000	R\$ 35,164,800.00
25000.124895/2020-50	Ainda não Contratado	Seringas e Agulhas	290.000.000	R\$ 60,844,000.00

Fonte: Sistema Eletrônico de Informações do Ministério da Saúde (SEI/MS)

Vacinas do Instituto Butantan

194. A aquisição de vacinas contra a Covid-19 fornecidas pelo Instituto Butantan iniciou com o Ofício FB 3/2021 de 6/1/2021 oferecendo 100 milhões de doses da vacina ao preço de R\$ 58,20 cada dose. De pronto, iniciou-se a tramitação processual no MS de modo que já no dia 7/1/2021 foi publicado o extrato de dispensa de licitação para esta aquisição, contudo, apenas para a aquisição de 46 milhões de doses. Neste mesmo dia foi assinado o contrato entre o MS e a Fundação Butantan (Contrato 5/2021).

195. Há que se ressaltar a inovação trazida pela Medida Provisória 1.026/2021, vigente à época da contratação e posteriormente convertida na Lei 14.124/2021, a qual em seu artigo 5º estabeleceu a obrigatoriedade da elaboração de matriz de alocação de risco entre o contratante e o contratado, para aquisições superiores a R\$ 200.000.000,00. Neste contexto, o MS elaborou a matriz de alocação de riscos para atendimento do mandamento legal, porém, em sua matriz constou apenas as colunas “risco”, “descrição” e “alocação”, conforme abaixo.

Figura 3: Matriz de Alocação de Riscos da Aquisição de Vacinas produzidas pelo Instituto Butantan

RISCO	DESCRIÇÃO	ALOCÇÃO
Atraso na entrega do imunizante	Descumprimento do cronograma de entrega	BUTANTAN
Atraso no pagamento de fatura	Descumprimento do prazo previsto para a realização dos pagamentos de produtos entregues	MS
Elevação dos custos previstos de produção	Os custos de produção foram aumentados por motivos diversos, gerando impacto financeiro à contratada	BUTANTAN
Redução dos custos de produção	Os custos de produção foram reduzidos, gerando impacto financeiro à contratante devido à redução de preço do imunizante no mercado	MS
Efeitos adversos graves além do previsto	O imunizante apresenta efeitos adversos graves significativos que implicam a suspensão de sua aplicação	MS/BUTANTAN
Autorização ou registro não concedido pelo Órgão Regulatório	O imunobiológico teve seu registro ou a autorização de uso emergencial negado pelo Órgão Regulador Sanitário (ANVISA)	BUTANTAN
Falha na guarda ou transporte do imunizante até a entrega ao MS	Falha que comprometa a qualidade do produto, como a variação de temperatura fora da faixa recomendada	BUTANTAN
Excursão de temperatura duante a importação do imunizante acabado	Variação de temperatura no embarque ou no desembarque nos aeroportos de origem e destino	BUTANTAN

Fonte: Documento SEI/MS - 18485556

196. A ideia da inovação normativa, a qual foi também incorporada na nova lei de licitações, Lei 14.133/2021, é exatamente preservar a administração pública e prepará-la para a gestão dos riscos envolvidos nas contratações. Porém, a matriz incluída no processo e acima representada não logrou êxito em definir as possíveis consequências dos riscos nem mesmo a forma de mitigá-los.

197. Em análise à matriz elaborada no âmbito deste processo, verifica-se que o seu conteúdo não atende, em sua totalidade, ao disposto no art. 5º, caput, da Lei 14.124/2021, uma vez que o processo de gestão de riscos envolve diversas fases: estabelecimento do contexto, identificação, análise, avaliação e tratamento de riscos. Esta última com a previsão do estabelecimento de medidas mitigadoras (vide referencial básico de gestão de riscos editado pelo TCU https://portal.tcu.gov.br/data/files/21/96/61/6E/05A1F6107AD96FE6F18818A8/Referencial_basico_gestao_riscos.pdf).

198. Nesse contexto, a representação recebida por este Tribunal, objeto do TC 006.789/2021-8, relativa a eventuais irregularidades na contratação da vacina Covaxin/BBV152, junto ao Laboratório Bharat Biotech, também abordou a simplicidade e inadequação da matriz de risco inserida no processo de contratação.

199. Tendo em vista a celeridade que se impôs nesta contratação, a necessária e obrigatória análise jurídica da minuta contratual ocorreu posteriormente à celebração do contrato. A análise não encontrou óbices que fossem capazes de impedir a continuidade da execução contratual, de tal modo que foi elaborado um termo aditivo para a realização dos devidos ajustes contratuais. O termo aditivo em questão ainda não havia sido assinado pela Fundação Butantan até a data da conclusão deste relatório.

Kits para a extração de RNA

200. Em relação à aquisição de kits para extração de RNA para a realização de testes RT-qPCR para diagnóstico molecular de infecção por Covid-19 (processo SEI 25000.138213/2020-96), tem-se que o processo iniciou em 7/11/2020 e até o dia 17/3/2021 o pregão para contratação dos kits ainda não havia sido publicado, ou seja, mais de cinco meses após o início do processo.

201. A letargia no andamento processual causa preocupação, considerando que na Nota Técnica 106/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS (SEI 17556826) é informado que a quantidade atual de kits para extração, à época, seria suficiente até janeiro/2021 e até a data de conclusão deste relatório, em março/2021, o processo de aquisição ainda não foi finalizado. Conforme Parecer Técnico 5/2021-CGLAB/DAEVS/SVS/MS (SEI 18592849), publicado em 15/1/2021, o saldo em estoque dos kits de extrações era suficiente apenas para apenas 96 mil reações (testes).

202. Inicialmente fora prevista a aquisição de 8.263.200 testes para extração de RNA, com a justificativa de que havia, nos estoques dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens) e do MS, essa mesma quantidade de testes para processamento, sendo necessário um teste de extração para cada teste de processamento. Após críticas da Diretoria de Integridade do MS (Dinteg), segundo a qual tal quantidade não considerava a capacidade de processamento dos Lacens, nem mesmo a necessidade da realização dessa quantidade de testes diagnósticos, bem como o risco de vencimento dos testes, o MS alterou a quantidade para 6.120.000, considerando, para a definição da quantidade, a média de exames realizados por mês durante a pandemia e o novo quantitativo em estoque de testes para processamento.

203. A Controladoria Geral da União (CGU), ao analisar o processo de contratação, ressaltou o risco de dificuldade de negociação de preços na fase de lances, haja vista a grande discrepância nos preços consultados em pesquisa de preços no mercado com os preços consultados em bancos oficiais de preço. Por fim, conforme Nota Técnica 42/2021 – COLMER/CGIES/DLOG/SE/MS de 2/3/2021 (SEI 19290957), ficou estabelecido como preço de referência o valor de R\$ 11,25 a unidade, o qual foi o menor preço encontrado em pesquisa em bancos de preços, a despeito de a pesquisa junto a potenciais fornecedores ter resultado na cotação de preços entre R\$ 22,00 e R\$ 50,90.

204. Há que se registrar que a utilização do menor valor encontrado em bancos de preços oficiais,

ainda mais nesse período de pandemia, pode não se mostrar a estratégia mais adequada, visto a variabilidade de preços a que estão sujeitos os insumos médicos, em razão da lei da oferta e da demanda. Tal fato ocorreu na aquisição de Seringas e Agulhas – Pregão 159/2020, na qual restou fracassada a compra de diversos itens, haja vista que os valores ofertados pelos licitantes superavam o preço de referência. Por outro lado, quando da realização do Pregão 15/2021 para aquisição dessas mesmas seringas e agulhas, foi utilizada a técnica da média saneada (SEI 18476337), a qual consiste em primeiro apurar o Desvio-Padrão, somar à Média para obter o Limite Superior e, subtraído à média, encontrando o Limite Inferior, para a definição dos preços de referência. Este pregão teve sucesso em contratar 25% da quantidade desejada.

205. Porém, tendo em vista a urgência em se realizar o pregão para a aquisição de kits para extração de RNA e a iminente finalização da fase interna da licitação, a equipe manterá o acompanhamento da aquisição no próximo ciclo da fiscalização e, eventualmente, formulará representação, se a situação assim o exigir.

206. Importante ressaltar que o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, em sua versão original, previa a ação “Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial”. Contudo, como constante no tópico II deste relatório, a ação foi modificada, em 3/12/2020, para “Subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção por Sars-CoV-2 e outros vírus respiratórios”. O MS justificou que, considerando a autonomia dos entes federados, não compete ao órgão garantir, mas somente apoiar a execução das ações.

207. Ainda em relação aos testes RT-PCR, registra-se que o Ministério Público junto ao TCU (MPTCU) protocolou duas representações relativas ao risco de não utilização de cerca de 6 milhões de testes para diagnóstico da Covid-19, em virtude do iminente fim da validade, o que poderia causar um prejuízo de R\$ 206 milhões (TCs 044.541/2020-1 e 008.618/2021-6). O primeiro processo está em fase de saneamento e, no segundo, há proposição de medida cautelar a ser avaliada pelo Relator dos autos.

Equipamentos de proteção individual para a vacinação

208. Inicialmente, o MS previu a aquisição de máscaras cirúrgicas, aventais e luvas e, deve-se destacar que o quantitativo estabelecido para cada item, ao contrário de outros processos já analisados por esta equipe do acompanhamento, estava muito bem delimitado e embasado em cálculos precisos.

209. Em sua análise, a CGU (SEI 18749382) registrou, entre outras observações, que, para a definição do preço de referência, foram excluídos da pesquisa alguns preços da pesquisa de mercado, sem, contudo, justificar a referida desconsideração de alguns valores, de modo a impactar a avaliação. Há que se ressaltar que a definição do preço de referência considerou a média e a mediana dos preços pesquisados. A CGU registrou, ainda, que a despeito da qualidade na quantificação dos insumos necessários não constava, até o momento da análise, informações a respeito dos estoques dos entes subnacionais, o que pode levar ao risco de compra em quantidade superior ao necessário.

210. Por sua vez, a Dinteg questionou a necessidade da aquisição de luvas e aventais para a campanha de vacinação, pois em outros países não se observa a utilização de aventais e luvas. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) não indica esses itens como indispensáveis e a Anvisa tampouco recomenda o uso de luvas, conforme pode ser visualizado no endereço <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/veja-as-orientacoes-da-anvisa-para-os-servicos-de-vacinacao/nota-tecnica-no-12.pdf>. Em virtude da pronta atuação realizada pela Dinteg, o MS excluiu os itens luvas e aventais do processo licitatório, gerando uma economia aos cofres públicos de, no mínimo, R\$ 380 milhões.

211. O Pregão relativo a este processo, na data da última consulta, em 18/3/2021, encontrava-se em fase de análise documental para fins de habilitação da empresa vencedora, cujo preço ofertado foi de R\$ 0,1784 por máscara, valor este bem inferior ao preço de referência (R\$ 0,45).

Seringas e Agulhas

212. O MS deu início ao processo para a aquisição de 300 milhões de conjuntos de seringas com agulhas, de diversos calibres, para a campanha de vacinação da Covid-19 e 31 milhões para a campanha de sarampo. O primeiro pregão realizado (Pregão 159/2020) não logrou êxito, visto que foram adquiridos apenas 7,9 milhões de conjuntos, em virtude de os lances ofertados terem sido superiores aos valores de referência.

213. Com o intuito de aumentar a competitividade, no pregão seguinte (15/2021), o MS decidiu adquirir não os conjuntos, mas sim os itens agulhas e seringas separadamente e somente para a campanha de vacinação contra a Covid-19, mantida a quantidade de 300 milhões de agulhas e de seringas, justificada pela existência de aquisições em curso pelos estados.

214. Após diversos trâmites entre as áreas técnicas do MS, o Gabinete do Secretário Executivo determinou que fossem incluídas no objeto do pregão seringas já acopladas com as respectivas agulhas (SEI 18410870), para ampliar a disputa pelos itens no pregão. Na sequência, decidiu-se alterar a quantidade de seringas e agulhas a serem adquiridas para 420 milhões, com a justificativa de viabilizar a vacinação de toda a população brasileira,

215. Posteriormente, o quantitativo foi novamente alterado para 290 milhões de agulhas e seringas, que poderiam ser adquiridos tanto conjunta quanto separadamente. Para justificar a alteração do quantitativo, foi emitida a Nota Técnica 5/2021-DEIDT/SVS/MS (SEI 18456051), contudo observase grande confusão no documento, pois foram informadas três quantidades distintas a serem adquiridas.

216. Nos itens 1.1 e 5.2 da nota, consta a informação de 420 milhões, na tabela com o quantitativo de cada item é possível somar o valor de 290 milhões de conjuntos, enquanto no item 3.3 é expressamente solicitada a aquisição de 300 milhões, com a justificativa de que os estados também já iniciaram a aquisição de agulhas e seringas.

217. Ressalta-se que, na nota técnica, em nenhum momento foi justificada a aquisição de 290 milhões de conjuntos. Em despacho do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (SEI 18445224) há a informação de que a redução do quantitativo de conjuntos de seringas e agulhas observou solicitação da Secretaria Executiva, em face da requisição de 30 milhões de seringas e agulhas da indústria nacional.

218. Quanto ao preço estimado, no primeiro pregão (159/2020) foi utilizado o menor valor encontrado para três dos quatro itens. Já no Pregão 15/2021, decidiu-se pela utilização da técnica da média saneada, considerando, também, os preços ofertados no primeiro pregão. O atual pregão encontra-se em fase de habilitação, tendo obtido oferta para compra de 25% do quantitativo desejado.

219. Em reunião com esta equipe de acompanhamento, em 17/3/2021, representantes do Ministério da Saúde afirmaram que, considerando os pregões realizados, aquisição via Organização Panamericana de Saúde e doação de empresas privadas, a Pasta receberá 390 milhões de seringas e agulhas, e, com o estoque do MS de 13 milhões de itens, o risco da falta dos insumos para a campanha de vacinação contra a Covid-19 foi mitigado.

220. No tocante a este processo de aquisição de seringas e agulhas, registra-se que o TCU recebeu denúncia de irregularidades na aquisição de seringas e agulhas em conjunto pelo MS, o que feriria os artigos 15, inciso IV, e 23, § 1º, da Lei 8.666/1993 e a Súmula 247 do TCU (TC 047.721/2020-0). O processo da denúncia está em instrução processual na unidade técnica.

221. Não é demais lembrar que, no âmbito deste acompanhamento, por meio do item 9.1.2 do Acórdão 1.335/2020 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler, o TCU determinou que o MS instrísse 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.

222. Contudo, diante do relatado neste tópico, é possível perceber que a determinação resta pendente de cumprimento, o que dificulta ações de controle e diminui a transparência das ações do governo.

223. **Ante o exposto, propõe-se dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução 315/2020, que não se tem observado a inclusão, nos autos dos processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus, da 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, em desacordo com o disposto no art. 4º - E, § 1º, da Lei 13.979/2020 e em desacordo com a determinação do item 9.1.2 do Acórdão 1.335/2020 – TCU – Plenário.**

Item 9.1.4 do Acórdão 2817/2020 – Plenário

224. O Acórdão 2817/2020 – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler, determinou ao Ministério da Saúde, em seu item 9.1.4, que “nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilizasse em *site* específico as informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal”. Segue abaixo o contido no art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020:

§ 2º Todas as aquisições ou contratações realizadas com base nesta Lei serão disponibilizadas, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contado da realização do ato, em site oficial específico na internet, observados, no que couber, os requisitos previstos no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, com o nome do contratado, o número de sua inscrição na Secretaria da Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de aquisição ou contratação, além das seguintes informações: (Redação dada pela Lei nº 14.035, de 2020)

I – o ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato; (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

II – a discriminação do bem adquirido ou do serviço contratado e o local de entrega ou de prestação; (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

III – o valor global do contrato, as parcelas do objeto, os montantes pagos e o saldo disponível ou bloqueado, caso exista; (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

IV – as informações sobre eventuais aditivos contratuais; (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

V – a quantidade entregue em cada unidade da Federação durante a execução do contrato, nas contratações de bens e serviços. (Incluído pela Lei nº 14.035, de 2020)

VI - as atas de registros de preços das quais a contratação se origine. (Redação dada pela Lei nº 14065, de 2020)

225. Com o intuito de verificar o cumprimento desta determinação, observou-se que o sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/coronavirus> contém uma tabela com os contratos assinados pelo Ministério da Saúde, com o respectivo valor total, fornecedora, número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, número do contrato (sendo possível acessar a íntegra do contrato, clicando no número dele), prazo de validade e o número do processo no SEI. Observou-se, ainda, que para acesso à íntegra do processo, o usuário deverá se cadastrar como usuário externo no sítio <https://sei.saude.gov.br>.

226. Assim, verificou-se a existência em sítio específico das informações, cuja publicação é exigida pelo art. 4º, § 2º, *caput*, da Lei 13.979/2020, cumprindo, assim, parte da determinação em questão. No entanto, as informações cuja publicação é exigida pelos incisos I, III, IV, V e VI do dispositivo legal acima citado não estão disponíveis e só são acessíveis por meio de consulta ao processo de contratação. Desse modo, nos próximos ciclos do acompanhamento, o cumprimento da integralidade da determinação será verificado.

227. Tem-se ainda que o Ministério da Saúde criou o “Painel de Compras e Contratos Covid 19”, dentro do portal Localiza SUS para listar todos os contratos relacionados com a Covid-19. Em consulta ao referido painel é possível localizar contratos, inclusive das outras esferas governamentais. Todavia, não foi possível localizar diversos contratos listados no site <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/coronavirus>.

228. **Ante o exposto, considerando que os painéis do Localiza SUS também constituem instrumentos de transparência das ações do Ministério da Saúde, entende-se pertinente, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, dar ciência ao Ministério da Saúde de que o painel de Compras e Contratos Covid-19 situado no sítio [localizasus.saude.gov.br](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/coronavirus) não disponibiliza informações relativas a todos os contratos assinados pelo Ministério da Saúde, em cotejo com as informações disponíveis no site <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/coronavirus>.**

Item 9.1.6 do Acórdão 2817/2020 – Plenário

229. Por meio do item 9.1.6 Acórdão 2817/2020-TCU-Plenário, o TCU determinou ao Ministério da Saúde que instrísse todos os processos de aquisição de insumos estratégicos para saúde no Sistema Eletrônico de Informações (SEI/MS), conforme exigido pela Portaria GM/MS 900/2017.

230. Nesse sentido, conforme relatado ao longo do texto, todos os processos relativos à contratação de insumos estratégicos analisados foram conduzidos por meio do SEI/MS. Ademais, o sistema SIN do Ministério da Saúde, que também era utilizado para instruir e tramitar processos de aquisição do MS, como informado no terceiro relatório do acompanhamento, foi desativado.

231. **Dessa forma, propõe-se considerar cumprida a determinação contida no item 9.1.6 do Acórdão 2817/2020-Plenário-TCU, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.**

VI. POLÍTICA DE TESTAGEM

232. A política de testagem do Ministério da Saúde para identificação de portadores do novo coronavírus foi objeto do terceiro relatório deste acompanhamento.

233. Na ocasião, registrou-se que uma avaliação das aquisições do MS direcionadas ao combate da pandemia indicava, naquele momento, uma prevalência de aquisições de insumos para testes e de testes para detecção da Covid-19.

234. Por meio do Ofício de Requisição 9 de 4/8/2020 (peça 143), foram solicitadas informações sobre a estratégia do programa de testagem dos casos suspeitos de Covid-19, incluindo estimativa de testes a serem realizados, ações a serem executadas (a exemplo de realização de processos licitatórios, logística de distribuição dos testes e insumos adquiridos, ações de treinamento e capacitação, estruturação de centrais de diagnóstico), prazos para execução das ações, instâncias responsáveis, critérios para distribuição dos testes para os entes federativos.

235. Diante da insuficiência das informações prestadas pelo MS, foi encaminhado novo ofício de requisição de informações – Ofício de Requisição 13 de 19/8/2020 (peça 148) –, solicitando: o encaminhamento da estratégia ou o programa de testagem dos casos suspeitos de Covid-19, incluindo informações como estruturação de centrais de diagnóstico, logística de distribuição dos testes e insumos adquiridos, ações de treinamento e capacitação, prazos para execução das ações, instâncias responsáveis, critérios para distribuição dos testes para os entes subnacionais; prazo para realização dos 24 milhões de testes RT-qPCR estimados; meta e prazos para realização dos testes sorológicos estimados; capacidade diária de testagem; prazo para obtenção dos resultados; critérios para definição da meta de testagem; população alvo da política de testagem e critérios para sua definição.

236. De forma resumida, o MS (peças 144 e 156):

- informou que o objetivo seria a realização de 24 milhões de testes de RT-qPCR até janeiro de 2021;
- anunciou que deu início ao processo de aquisição de 25 milhões de swabs e de 24 milhões de tubos, utilizados para coleta de amostras de material para testes;
- elencou ações realizadas com o objetivo de ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial da Covid-19, entre as quais: repasse aos Estados de R\$ 120.000.000,00 para aquisição de equipamentos para os Lacens, compartilhamento temporário de insumos e equipamentos de extração RNA da Rede de Carga Viral de HIV nos Lacens e de mais 55 laboratórios da rede descentralizada, implementação de Centrais de Diagnóstico e parcerias com laboratórios públicos e privados;
- apresentou tabelas das ações, aquisições de insumos, testes, descentralização de recursos, para realização de testes para diagnóstico da Covid-19, que totalizariam R\$ 1.900.724.642,62, e da distribuição aos Estados de kits de amplificação, coleta, extração, apresentando o quantitativo de testes realizados por Estado;
- informou que deveriam ser testadas pessoas doentes com quadros leves, moderados ou graves, na fase aguda da doença, atendidas nos serviços do SUS, e alguns grupos de pessoas assintomáticas e que serviços de saúde como Unidades Básicas de Saúde e de Saúde Indígena, Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h), Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), Consultório na Rua, Centros de Atendimento de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e outros serviços existentes localmente devem coletar material para testes, conforme capacidade local, priorizando pacientes com Síndrome Gripal dentre os grupos de trabalhadores de serviços de saúde e segurança; pessoas em condições de risco, segundo os fatores definidos no Guia de Vigilância Epidemiológica para Infecção Humana pela Covid-19; população privada de liberdade; idosos residentes em instituições de longa permanência; e grupos de interesse para a saúde pública, como crianças até cinco anos de idade, indígenas, grávidas no terceiro trimestre de gestação e puérperas.

237. A partir das informações apresentadas pelo Ministério, foi possível concluir que a distribuição dos testes aos Estados, Municípios e DF não obedece a nenhum critério ou tampouco está vinculada a qualquer estratégia, sendo realizada de acordo com a demanda.

238. Diante da situação, por meio do 9.1.3 do Acórdão 2817/2020 – TCU – Plenário (Ministro Relator Benjamin Zymler), que apreciou o terceiro relatório do acompanhamento, determinou-se ao Ministério da Saúde a elaboração, nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, de política de testagem da Covid-19, estabelecendo, em especial, a quantidade de testes a serem adquiridos, o público alvo, o prazo para o atendimento, a frequência dos testes a serem aplicados aos integrantes do público alvo e os critérios para distribuição de testes entre os entes subnacionais.

239. O Ministro Benjamin Zymler, no voto condutor do acórdão citado, ressaltou que:

225. A ausência de uniformidade da realização de testes nas Unidades da Federação também demonstra a ausência de critérios para sua aplicação.

226. Consoante dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD COVID19, de agosto de 2020: “a Unidade da Federação com o maior percentual de testes realizados foi o Distrito Federal (19,4%), seguida por Piauí (14,4%) e Roraima (12,0%). Por outro lado, Pernambuco registrou o menor percentual (5,8%), seguido por Acre (6,0%) e Minas Gerais (6,1%).”

227. Desta feita, entendo pertinente a realização de determinação ao Ministério da Saúde que estabeleça uma política de testagem de forma a dar maior eficiência aos gastos efetuados com tal destinação e permitir um adequado direcionamento dos esforços de contenção da pandemia.

(...)

251. Nessa linha, entendo que as propostas de determinações acerca da efetivação de uma estratégia de testagem e de comunicação com a população assumem crucial importância para se reverter a presente incômoda posição do Brasil.

252. A ausência de uma política nacional de testagem impede um adequado monitoramento da evolução da doença na sociedade com as consequências daí decorrentes.

253. Primeiro porque não se detém um indicador preciso para o direcionamento dos esforços de contenção da pandemia no território nacional. Segundo porque a população fica sem um norte preciso da evolução da doença em sua localidade, o que impede que os cidadãos adotem posições conscientes quanto ao comportamento a ser adotado (v.g. nível de isolamento social).

254. Some-se a esses tópicos a inexistência de um plano estratégico de comunicação junto à população, a qual acaba por gerar dúvidas quando ao comportamento a ser adotado diante da pandemia em seus diversos momentos de evolução.

240. Em atenção ao acórdão supracitado, o MS encaminhou o Ofício 1344/2020/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS de 3/12/2020, por meio do qual afirmou que as medidas implementadas, no tocante à política de testagem da Covid-19, são realizadas de forma constante, tendo em vista a instabilidade da pandemia em termos epidemiológicos e que a estrutura da política de testagem é formada por um sistema complexo e tripartite (peça 275, p. 10).

241. O MS informou que, na esfera federal, o programa “Diagnosticar para cuidar”, lançado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio do qual foram contratualizados 23.546.576 reações de RT-qPCR para Covid-19. Destes, 8.817.356 foram distribuídos aos Estados, 7.077.804 estavam no estoque do MS e 7.651.416 serão produzidos por Bio-Manguinhos, após utilização do estoque.

242. O Ministério esclareceu que o exame laboratorial para identificação do novo coronavírus, por meio do RT-qPCR, se inicia com a procura do cidadão pela unidade de saúde, onde será avaliado por equipe médica e, se estiver dentro dos critérios estabelecidos pelo MS, tais como sintomas respiratórios leves, síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave e dentro do período ideal para coleta da amostra respiratória, entre o 3º e 8º dia de início de sintomas, deve ter sua amostra coletada (peça 275, p. 11-13).

243. O Ministério da Saúde aduziu, a respeito da formulação de uma estratégia de testagem relativa à Covid-19, que existem diversas abordagens técnicas para planejar a demanda de insumos estratégicos para a saúde, a depender do objetivo do uso e que a principal referência para planejamento é o histórico de ocorrência desses agravos, ao longo dos anos. Essa análise permite, inclusive, observar possíveis variações sazonais na ocorrência dos agravos.

244. Prossegue o Ministério, afirmando que os insumos laboratoriais podem ser destinados a estratégias específicas, como por exemplo inquéritos sorológicos, nos quais há de antemão uma amostra pré-definida a ser alcançada. Contudo, na maior parte dos casos, segundo o MS, os insumos laboratoriais são destinados ao diagnóstico do indivíduo, frente a uma suspeita clínica, e, dessa forma, a previsibilidade do número de pessoas que serão enquadradas nas diversas definições de caso, com indicação de determinado exame laboratorial, é diretamente dependente da quantidade e qualidade de conhecimento acumulado e dados disponíveis a respeito daquele tema.

245. De acordo com o Ministério, não existem dados históricos referentes ao vírus Sars-CoV-2 e o conhecimento a respeito da patogenia, gravidade, manejo clínico, validade e acurácia dos testes diagnósticos foram sendo construídos simultaneamente à progressão da pandemia e ainda estão sendo

desenvolvidos. Esses aspectos seriam, segundo o MS, fundamentais para a definição de estratégias de testagem, como público-alvo, frequência de testes e teste mais indicado.

Análise

246. De acordo com o *Testing Toolkit* – iniciativa do *Center for Health Security* da *Johns Hopkins University*, os testes da Covid-19, embora estejam evoluindo à medida que aumenta a compreensão do Sars-CoV-2, são importantes para identificar em quais comunidades o vírus está se espalhando, quem tem o vírus e como ele está se espalhando e são igualmente cruciais para informar a boa tomada de decisões de saúde pública durante a pandemia (<https://www.centerforhealthsecurity.org/covid-19TestingToolkit/>).

247. O Diretor Geral da OMS, em declaração de março de 2020, afirmou que a estratégia de teste e rastreamento deveria ser a espinha dorsal da resposta à pandemia em todos os países e que para suprimir e controlar a pandemia os países deveriam isolar, testar e rastrear o maior número possível de casos (<https://forbes.com.br/colunas/2020/03/oms-afirma-que-testes-devem-ser-espinha-dorsal-da-resposta-ao-coronavirus/>).

248. Posteriormente, em agosto de 2020, Mike Ryan, chefe do programa de emergências da OMS, observou que amplos programas de testes populacionais absorvem uma grande quantidade de recursos (<https://www.reuters.com/article/saude-coronavirus-oms-testesamplos-idBRKBN25N2JG-OBRWD>). Talvez, por esse motivo, somente três países investiram em testagem em massa – Hong Kong, Cingapura e Austrália –, conforme relatório do *National Audit Office* do Reino Unido, de dezembro de 2020 (<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/The-governments-approach-to-test-and-trace-in-England-interim-report.pdf>).

249. Desta forma, diante da necessidade de grandes volumes de recursos e da escassez de insumos para a realização de testes, foi necessário que os países criassem estratégias para testar a população sintomática, quebrar a cadeia de transmissão e rastrear o maior número possível de casos sem aderir à estratégia de testagem em massa.

250. O Plano de Teste da Covid-19 da Nova Zelândia, por exemplo, em vigor de dezembro de 2020 a junho de 2021, tem uma abordagem de teste sistemática baseada em risco, cujo fundamento lógico é testar os indivíduos com maior risco (de exposição, transmissão ou impacto), pois esses testes teriam uma maior probabilidade de identificar casos positivos (<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/covid19-testing-plan-26jan2021.pdf>).

251. Segundo o plano neozelandês, pessoas em ambientes com maior risco de exposição ou transmissão da Covid-19 incluem trabalhadores de saúde, inclusive cuidadores residenciais de idosos, e trabalhadores das áreas de turismo e transporte em contato com o público.

252. O maior risco de impacto está ligado ao risco de agravamento da doença e nesse grupo estão incluídos os *maoris*, maiores de setenta anos, mulheres grávidas, pessoas com comorbidades conhecidas (incluindo comprometimento imunológico) e pessoas com menos acesso a serviços de saúde, como aqueles com *status* socioeconômico inferior, refugiados e migrantes recentes.

253. O Ministério da Saúde e as unidades de saúde pública do país podem considerar a realização de testes em pessoas assintomáticas direcionadas, caso ocorra um surto na comunidade.

254. Conforme previsão do plano, este será revisado em, pelo menos, seis meses ou conforme necessário, de acordo com a ocorrência de gatilhos, a exemplo do desenvolvimento de novos métodos de teste ou mudança no perfil de risco.

255. A política de teste do Reino Unido relativa à Covid-19, *NHS Test and Trace Service*, vincula a política de testagem ao rastreamento de contatos, como resposta à pandemia (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/964378/nhs-test-and-trace-business-plan.pdf). São objetivos da política:

- expandir e melhorar o sistema de rastreamento de contatos para que, até o final de janeiro de 2021, 90% das pessoas com testes positivos sejam alcançadas e 85% dos contatos sejam identificados;
- alcançar, até março de 2021, cerca de 80% dos contatos em até 72 horas, a partir do resultado do teste;
- estabelecer parcerias de rastreamento local; e
- integrar ainda mais o rastreamento local e nacional.

256. Segundo *The government's approach to test and trace in England – interim report*, elaborado pelo *National Audit Office*, a maior parte dos testes no Reino Unido é destinada a pessoas que exibem sintomas de Covid-19. No entanto, desde julho, tem havido testes regulares de funcionários e pacientes do *National Health Service* (NHS) e residentes em lares de idosos (<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/The-governments-approach-to-test-and-trace-in-England-interim-report.pdf>).

257. A Alemanha, por sua vez, apresentou, em março deste ano, um plano de flexibilização das medidas restritivas de atividades e de circulação de pessoas, baseado na disponibilização de um teste rápido gratuito por semana para todos os residentes do país e a reavaliação dos níveis de restrição, se houver, por três dias consecutivos, uma taxa de incidência da doença acima de 100 por 100.000 pessoas por semana (<https://www.dw.com/en/coronavirus-germany-extends-lockdown-with-plan-to-relax-restrictions/a-56763824>).

258. Assim, tem-se três exemplos de estratégias de testagem de diferentes países, cada uma adaptada às características do país e ao momento da pandemia. A Nova Zelândia, por exemplo, conseguiu eliminar a transmissão comunitária do vírus, por este motivo é compreensível que seu plano de testagem não estipule periodicidade de realização de testes. O Reino Unido, por sua vez, em um primeiro momento, apenas conseguia testar os portadores de sintomas da Covid-19 e vinculou a sua política de testagem ao rastreamento de contatos. Posteriormente, o país foi capaz de testar grupos populacionais específicos.

259. Por fim, mais recentemente, a Alemanha vinculou a flexibilização de medidas restritivas a taxas de incidência da Covid-19 e estabeleceu testagem periódica em toda a população, por meio de testes rápidos. Por oportuno registrar, a título de comparação, que as políticas de flexibilização e de restrição de atividades no Brasil são vinculadas a taxas de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva.

260. Deve-se ainda destacar que o Banco Mundial, no relatório “Covid-19 no Brasil: impactos e respostas de políticas públicas”, elaborado com base em dados e políticas adotadas ou anunciadas até 25/6/2020, elencou, dentre as possíveis medidas de combate à pandemia, a expansão da capacidade de testagem, bem como como sua estratégia, com foco na identificação de bolsões de transmissão (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/106541594362022984/pdf/COVID-19-in-Brazil-Impacts-and-Policy-Responses.pdf>).

261. O *Our World in Data*, iniciativa de pesquisadores da Universidade de Oxford e da organização sem fins lucrativos *Global Change Data Lab*, que compila dados de testes de 120 países, destaca que “os testes são cruciais para entender a propagação da pandemia e responder de forma adequada” (<https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>).

262. Em um cenário no qual a realização de testes é apontada por diferentes instituições como medida essencial de combate à pandemia da Covid-19, que países que realizaram testes em massa foram considerados bem-sucedidos no combate à pandemia e que diferentes países elaboraram estratégias para testar sua população e, assim, tentar conter a cadeia de transmissão do vírus, surpreende que o Brasil tenha implantado como estratégia esperar que os cidadãos com sintomas procurem os serviços de saúde e realizem um teste de detecção da doença, sem estabelecer qualquer meta, ação ou objetivo de acordo com os resultados.

263. Mais surpreendente ainda é o fato de que, em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde tinha 6.887.500 testes em estoque, cujo prazo de validade expiraria entre dezembro/2020 e março/2021, se não fosse a extensão do prazo de validade deles por meio de Resolução da Anvisa (a não utilização desses testes é objeto dos TCs 044.541/2020-1 e 008.618/2021-6).

264. Igualmente surpreendente é que o Ministério da Saúde possui ainda um saldo de 7.651.416 testes a receber de Bio-Manguinhos e poderia utilizar estes testes a receber, os testes adquiridos via Organização Panamericana de Saúde, que estavam estocados, e a capacidade de produção do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos para produzir mais testes e conduzir uma ampla campanha de testagem na população, identificando focos de contaminação, atividades e lugares com maior risco de contaminação, o que poderia ter auxiliado o país a evitar o recrudescimento da pandemia em 2021.

265. Faz-se necessário apontar, como registrado no parágrafo 63, que na revisão do Plano de Contingência Nacional, a ação “Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial” foi alterada para “Subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção por Sars-CoV-2 e outros vírus respiratórios”, o que representa um enfraquecimento da política nacional de combate à pandemia, no tocante à realização de testes da Covid-19.

266. Os dados advindos da execução de uma política de testagem poderiam ser utilizados pelas autoridades para fundamentar a adoção de medidas de suspensão de atividades e de circulação de pessoas e pela própria população, que poderia orientar sua conduta de acordo com a presença de focos de contaminação ou de atividades de maior risco em sua cidade ou bairro, essa última a depender de uma boa estratégia de comunicação do Ministério da Saúde e dos entes subnacionais.

267. Importante destacar que, por meio do Acórdão 4049/2020 – TCU – Plenário (Ministro Relator Benjamin Zymler), que apreciou o quarto relatório do acompanhamento, recomendou-se ao Ministério da Saúde que avaliasse a conveniência e a oportunidade de desenvolver ferramentas interativas dos casos confirmados de Covid-19 em todo o território nacional, a partir de dados dos sistemas de notificação do Ministério da Saúde, com a respectiva evolução dos pacientes, de modo a tornar públicas aos gestores locais de saúde e à população em geral as regiões mais afetadas pela pandemia.

268. Os dados advindos dos testes poderiam ser utilizados em um mapa interativo, como recomendado, o que facilitaria a disponibilização da informação aos gestores locais e à população em geral, orientando tanto a execução de políticas públicas quanto a adoção de comportamentos individuais dos cidadãos.

269. Admite-se que, em um primeiro momento da pandemia, o cenário era de imprevisibilidade, o que impossibilitava a definição precisa de uma estratégia de testagem. No entanto, decorridos mais de um ano da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188/2020, diante das experiências de outros países e das opiniões de especialistas e da determinação do TCU, exarada por meio do Acórdão 2817/2020 – TCU – Plenário, o Ministério da Saúde continua insistindo que possui um programa de testagem, cujas únicas responsabilidades da gestão federal seriam a aquisição de testes e a distribuição aos Estados. Inclusive, por meio das respostas aos Ofícios de Requisição (peças 143 e 148), o Ministério da Saúde nunca esclareceu os critérios utilizados para estimar a realização de 24 milhões de testes de Covid-19.

270. A Lei 8.080/1990 definiu vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, competindo à direção nacional do SUS coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica (arts. 6º, § 2º, e 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990).

271. Apesar do discurso de representantes do governo federal e mesmo do Ministério da Saúde, o Supremo Tribunal Federal (STF) não proibiu o governo federal de adotar medidas relativas ao combate à pandemia. Por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672 de Relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, o STF assegurou a efetiva observância dos arts. 23, incisos II e IX, 24, inciso XII; 30, inciso II, e 198, da Constituição da República Federativa do Brasil/1988 (CRFB/1988) na aplicação da Lei 13.979/2020 e dispositivos conexos, reconhecendo e assegurando o exercício da competência concorrente dos Estados, Distrito Federal e Municípios, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios, para a adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, tais como: a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outras, sem prejuízo da competência geral da União para estabelecer medidas restritivas em todo o território nacional.

272. O Ministro Alexandre de Moraes, no voto condutor da ADPF, afirmou que o Poder Executivo federal exerce o papel de ente central no planejamento e coordenação das ações governamentais em prol da saúde pública.

273. Considerando as evidências apresentadas sobre a necessidade da elaboração de uma política de testagem e a insuficiência das justificativas apresentadas pelo Ministério da Saúde para a ausência da implementação da medida, a equipe de acompanhamento propôs considerar descumprida a determinação do item 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário para elaboração de política de testagem da Covid-19.

274. Apesar de o art. 7º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 estabelecer que não devem ser formuladas determinações para reiteração de determinação anteriormente proferida pelo Tribunal, exceto no exame das contas, a excepcionalidade da mudança do mais alto dirigente da instituição e a gravidade da pandemia no país justificam a proposta de reiteração da determinação objeto do item 9.1.3 do Acórdão 2817/2020 – TCU – Plenário.

275. A proposta de deliberação foi apresentada aos gestores do Ministério da Saúde, que afirmaram ser viável colocar em um documento uma estratégia de testagem. Contudo, em relação à redação da proposta, afirmaram não ser possível estabelecer prazos para entrega dos testes, pois o fornecimento dos resultados dependeria da capacidade e da demanda dos laboratórios estaduais (Lacens) e, com relação à aquisição dos testes, destacaram que o Ministério adquiriu testes em uma situação específica para auxiliar estados, DF e municípios, mas que não seria sua competência. Por fim, os representantes do MS solicitaram um prazo de trinta dias para cumprimento da deliberação.

276. Em relação ao prazo para cumprimento da determinação, a Coordenadora da Cosocial ponderou que seria ideal que o Ministério dispusesse de mais tempo para elaborar a política, mas o momento atual da pandemia não permite tal concessão. O prazo exíguo para cumprimento da determinação do TCU não impede que a estratégia de testagem seja continuamente aprimorada após sua implementação.

277. Em relação à competência para aquisição de testes, tem-se, como afirmado no tópico II. Governança e Planejamento, que eventos como o da pandemia do novo coronavírus, situação de emergência de saúde pública de importância nacional, exigem do órgão coordenador e fiscalizador do SUS mais do que a formulação de políticas. Há todo um arcabouço legal que suporta ações extraordinárias por parte do MS na ocorrência de eventos como o da pandemia do novo coronavírus, inclusive a execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária (art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1990).

278. O art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, estabeleceu ainda a competência da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS para coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando: for superada a capacidade de execução dos Estados e do Distrito Federal; houver envolvimento

de mais de um Estado e do Distrito Federal; ou houver riscos de disseminação em âmbito nacional.

279. Não restam dúvidas de que a pandemia do novo coronavírus enquadra-se nos casos de controle de doença que envolve mais de um estado e de disseminação em âmbito nacional, autorizando – ou melhor, reclamando - a atuação direta do MS na vigilância epidemiológica e no controle de doenças e agravos.

280. Tem-se ainda que, como já apontado neste relatório, que os países com melhores resultados no controle do Sars-CoV-2 compartilham, ao menos, uma característica em comum: a adoção, de modo tempestivo, de medidas planejadas e coordenadas centralmente para o controle da disseminação do vírus, além da preparação do sistema de saúde para cuidar adequadamente das pessoas infectadas.

281. Assim, as justificativas do Ministério da Saúde, atribuindo as responsabilidades pela aquisição de testes para os Estados, não podem prosperar durante a atual situação de emergência de saúde pública. Tem-se ainda que, se as aquisições de testes não forem centralizadas, o MS vai provocar concorrência entre os Estados, elevação dos preços e risco de desabastecimento nos Estados que não puderem custear a aquisição de testes mais caros.

282. Por fim, quanto ao prazo para entrega dos testes, a capacidade dos Lacens e a demanda pela realização dos testes não pode ser um empecilho para o Ministério da Saúde estabelecer uma meta de entrega do resultado dos testes e buscar atingir esse resultado. O Reino Unido, por exemplo, estabeleceu como meta entregar, no prazo de 24 horas, os resultados dos testes daqueles que compareceram pessoalmente (<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/The-governments-approach-to-test-and-trace-in-England-interim-report.pdf>).

283. Apesar de as alegações dos representantes do MS não terem sido consideradas suficientes para alterar a proposta de determinação apresentada, percebeu-se a necessidade de aprimoramento da proposta de deliberação. O desenvolvimento de uma estratégia de testagem nacional deve estar vinculado a uma política nacional de rastreamento e testagem de contatos, que podem ser portadores assintomáticos do vírus, e/ou à testagem de trabalhadores de categorias sujeitas a grande exposição ao risco e, conseqüentemente, podem ser grandes transmissores do vírus, como rodoviários, aeroportuários, professores, funcionários de supermercados, farmácias, trabalhadores de *shopping centers*. A política de testagem deve ser um instrumento estratégico de contenção da pandemia – identificação de transmissores e quebra da cadeia de transmissão do vírus – e não apenas um documento para cumprir uma formalidade.

284. **Ante o exposto, propõe-se, com fundamento nos arts. 4º, inciso I, da Resolução 315/2020 e 16, inciso VI e parágrafo único, da Lei 8.080/1990, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, elabore e implemente política nacional de testagem da Covid-19, estabelecendo, em especial, quantidade de testes e insumos para testes a serem adquiridos, público-alvo, prazo para o atendimento, frequência dos testes a serem aplicados aos integrantes do público-alvo, formas de divulgação dos resultados aos municípios para a população, periodicidade da revisão do plano ou o estabelecimento de gatilhos, vinculados à evolução da pandemia, que justifiquem a revisão das metas, vinculação do plano a uma estratégia nacional de rastreamento de contatos e/ou identificação e proteção de categorias de trabalhadores mais sujeitos à exposição e transmissão do Sars-CoV-2.**

285. Em razão da nomeação do novo Ministro da Saúde é pertinente destacar, conforme assentado pela jurisprudência desta Corte e registrado no parágrafo 107, que as determinações do TCU não têm o caráter *intuitu personae*, visam aprimorar a gestão do órgão ou entidade. Ao assumir o cargo, compete ao gestor inteirar-se das determinações desta Corte afetas à sua área de atuação e, no caso de descumprimento, arcar com o ônus decorrente (voto condutor do Acórdão 2180/2016 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo).

286. **Propõe-se, outrossim, considerar descumprida a determinação, objeto do item 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, e, em razão do descumprimento, propõe-se, nos termos do art. 58, inciso IV, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 268, inciso VII, do RITCU, a aplicação de multa aos Senhores:**

Arnaldo Correia de Medeiros (CPF 526.620.394-34): Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a partir de 4/6/2020, a quem compete, conforme art. 34, incisos I, alínea “c”, II, III, IV, VI e VII do Decreto 9.795/2009, coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, por meio do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância em saúde; coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde; coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde; promover a elaboração e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde; participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de vigilância em saúde.

Antônio Élcio Franco Filho (CPF 051.519.268-61): ex-Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, no período de 3/6/2020 a 25/3/2021, a quem competia, conforme art. 4º, inciso I, do Decreto 9.795/2009, assistir o Ministro de Estado na supervisão e na coordenação das atividades das Secretarias integrantes da estrutura do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas; e conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011 e art. 3º, inciso I, da Portaria GM/MS 188/2020, com redação dada pela Portaria GM/MS 3.190/2020, planejar, organizar e coordenar medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Eduardo Pazuello (CPF 734.125.037-20): ex-Ministro da Saúde, no período de 16/5/2020 a 23/3/2021, a quem competia, conforme art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011 e art. 3º, inciso I, da Portaria GM/MS 188/2020, com redação dada pela Portaria GM/MS 3.190/2020, fixar as diretrizes necessárias para o planejamento, organização e coordenação das medidas a serem empregadas durante a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.

287. A proposta está consoante a jurisprudência desta Corte de Contas, como apontado no parágrafo 104, que se inclina no sentido de que a aplicação de multa por descumprimento injustificado de determinação do TCU prescinde de audiência prévia do responsável quando a possibilidade da sanção constar na comunicação da deliberação, a exemplo do voto condutor do Acórdão 1031/2009 – TCU - Segunda Câmara, de relatoria do Ministro Aroldo Cedraz. No caso em exame, a comunicação da deliberação foi acostada à peça 231.

VII.VACINAS

Novas iniciativas para aquisição de vacinas

288. Quando da elaboração do quarto relatório do acompanhamento, o governo federal havia aderido a duas estratégias para viabilizar o fornecimento de vacinas à população. A primeira iniciativa foi a encomenda tecnológica firmada entre a Fiocruz e o Laboratório AstraZeneca, para transferência de tecnologia de produção do processamento final, fornecimento de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) para a produção de 100,4 milhões de doses e compromisso da assinatura do contrato de transferência de tecnologia do IFA.

289. A segunda iniciativa foi a adesão ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - *Covax Facility*, administrado pela Aliança Gavi (*Gavi Alliance*), com a adesão ao instrumento de compra opcional para a aquisição de vacinas para 10% da população.

290. Posteriormente à finalização do relatório, o governo federal assinou dois contratos com o Instituto Butantan para o fornecimento de um total de 100 milhões de doses da vacina da Covid-19 desenvolvida pela farmacêutica Sinovac e, por meio da Fiocruz, foram adquiridas 4 milhões de doses –

de um total de 12 milhões previstas – da vacina desenvolvida pelo Laboratório AstraZeneca e produzida pelo Instituto Serum.

291. Nos meses de fevereiro e março, foram assinados contratos com a Pfizer, Janssen, Precisa (representante da Bharat Biotech) e União Química (representante do Instituto Gamaleya). Na tabela abaixo, são apresentadas a quantidade de doses adquiridas e preço das vacinas adquiridas.

Tabela 8: Vacinas Adquiridas e Preço

Fornecedor	Contrato	Quantidade de doses adquiridas	Preço unitário	Total (em R\$)
Butantan	5/21 e 14/2021	100.000.000	R\$58,20	R\$5.820.000.000,00
Bharat Biotech (Precisa)	29/2021	20.000.000	R\$80,70	R\$1.614.000.000,00
Instituto Gamaleya (União Química)	42/2021	10.000.000	R\$69,36	R\$693.600.000,00
Fiocruz-AstraZeneca	Termo de Contrato Encomenda Tecnológica 1/2020	100.400.000	R\$19,87	R\$1.994.960.005,00
Fiocruz-Serum		4.000.000	R\$30,16	R\$361.900.000,00
Jansen	51/2021	38.000.000	R\$56,30	R\$2.139.400.000,00
Pfizer	52/2021	100.001.070	R\$56,30	R\$5.630.060.241,00
Covax		42.511.800	R\$59,13	R\$2.513.700.000,00
Total		414.912.870		R\$ 20.767.620.246,00

Fonte: elaboração própria

292. Em relação à tabela acima, faz-se importante esclarecer que:

a) para a definição do preço unitário das vacinas fornecidas pela Fiocruz por meio do Contrato de Encomenda Tecnológica firmado com o Laboratório AstraZeneca, foi considerado o valor destinado à Fundação pela MP 994/2020;

b) apesar de a Fiocruz e de o Ministério da Saúde afirmarem que serão adquiridas mais 8 milhões de doses da vacina desenvolvida pela AstraZeneca e produzida pelo Instituto Serum, não há contrato assinado pelas partes que assegure o fornecimento das doses;

c) o valor das doses adquiridas pela Fiocruz pelo Instituto Serum, foi calculado com base no Termo de Execução Descentralizada (TED) 1/2021 firmado entre a Fundação e o MS, cujo plano de trabalho prevê a aquisição e distribuição de 12 milhões de doses de vacina da Covid-19;

d) para a definição do preço unitário das vacinas fornecidas por meio do instrumento Covax Facility, foi considerado o crédito extraordinário aberto pela MP 1.004/2020 para viabilizar o ingresso do Brasil no instrumento.

Tabela 9: Cronograma contratual de entrega de vacinas

Fornecedor	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total de doses
Butantan	8.700.000	9.305.000	18.065.000	9.930.000									46.000.000
Butantan				6.032.258	6.032.258	6.032.258	13.548.387	13.548.387	8.806.452				54.000.000
Bharat												20.000.000	20.000.000
Gamaleya												10.000.000	10.000.000
Fiocruz/AstraZeneca			3.800.000	21.150.000	26.810.000	27.400.000	21.240.000						100.400.000
Fiocruz/Serum	2.000.000	2.000.000											4.000.000
Janssen										38.000.000			38.000.000
Pfizer					13.518.180			86.482.890					100.001.070
Covax			2.997.600		6.124.800							33.389.400	42.511.800
Total	10.700.000	11.305.000	24.862.600	41.618.318	43.473.118	37.938.318	63.616.017	42.376.017	47.134.082	9.500.000	9.500.000	72.889.400	414.912.870

Fonte: elaboração própria

293. Com relação à figura acima, optou-se por considerar o prazo de entrega estabelecido em contrato, pois as primeiras entregas dos imunizantes produzidos pelo Butantan e pela Fiocruz atrasaram e continuam sujeitas a atraso, pois dependem da importação do IFA da China. O MS apresenta um cronograma atualizado da entrega das vacinas no link <https://sage.saude.gov.br/sistemas/vacina/documentosVacina.php>.

294. Em relação aos imunizantes produzidos pela Bharat Biotech e pelo Instituto Gamaleya, deve-se destacar que ainda não possuem autorização emergencial ou registro definitivo, concedido pela Anvisa. Contudo, a Medida Provisória 1.026/2020, posteriormente convertida na Lei 14.124/2021, autorizou a administração pública a celebrar contratos ou outros instrumentos congêneres, com dispensa de licitação, para a aquisição de vacinas e de insumos destinados à vacinação contra a Covid-19, inclusive antes do registro sanitário ou da autorização temporária de uso emergencial. Contudo, a aplicação das vacinas somente ocorrerá após a autorização excepcional de importação, a autorização temporária de uso emergencial ou a concessão de registro sanitário (art. 13, § 2º, da Lei 14.124/2021).

295. Assim, apesar de o contrato firmado com a Bharat Biotech, representada pela Precisa Comercialização de Medicamentos Ltda., ter previsto a entrega do imunizante a partir de março/2021, enquanto não houver autorização da Anvisa, o imunizante não poderá ser aplicado, motivo pelo qual as entregas do laboratório foram informadas em dezembro/2021.

296. Destaque-se ainda que a Anvisa, após inspeção na fábrica da Bharat Biotech na Índia, indeferiu a Certificação de Boas Práticas de Fabricação e não autorizou a importação de 20 milhões de doses da Covaxin, solicitada pelo Ministério da Saúde, em 22/3/2021. Segundo o *site* da Anvisa, na medida em que ocorram os ajustes necessários na planta fabril, não há empecilho para que novos pedidos de importação sejam realizados.

297. As entregas do Instituto Gamaleya também foram informadas somente no mês de dezembro/2021. Ademais, o contrato firmado estimou o prazo de entrega das vacinas da Covid-19, de acordo com a obtenção da autorização temporária de uso emergencial ou registro definitivo que não têm previsão para concessão.

298. O prazo de entrega das vacinas da Fiocruz/AstraZeneca, informado na tabela, observou o cronograma constante do *site* da Fundação (disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/vacinas/informacoes-sobre-a-vacina-covid-19>), pois o cronograma previsto no instrumento contratual da encomenda tecnológica não foi estabelecido com base em quantidade de doses, mas em quantidade de lotes.

299. Na tabela, não foram consideradas novas entregas de vacinas produzidas pelo Instituto Serum, considerando que não há contrato assinado para o fornecimento de novas doses. Todavia, o TED firmado entre a Fiocruz e o MS tem vigência até 31/12/2021 e as 8.000.000 de doses, previstas e ainda não adquiridas do fabricante indiano, ainda poderão ser fornecidas ao MS.

300. Por fim, no tocante à data da entrega das vacinas adquiridas por meio do instrumento Covax, considerou-se, na elaboração da tabela, a data das entregas informadas pelo MS no *link* acima informado, conforme consulta realizada em 9/4/2021(parágrafo 293).

Contratos de aquisição das vacinas

301. Em relação aos contratos de aquisição das vacinas firmadas pelo governo brasileiro neste ano, alguns pontos interessantes são destacados abaixo. Registre-se que os contratos firmados com a Pfizer e a Janssen são confidenciais. Por este motivo, neste tópico, não são apresentadas informações desses contratos.

Exclusividade

302. Os contratos firmados com o Butantan, União Química e Precisa Medicamentos estabeleceram direito de exclusividade do Ministério da Saúde na aquisição das vacinas produzidas ou importadas pelos laboratórios em todo o território nacional, enquanto durar o contrato.

303. O Ministério da Saúde poderá autorizar, em caráter excepcional, a comercialização pela contratada de doses da vacina, devendo, para tanto, ser notificada formalmente sobre a intenção de venda.

Pagamento e Rescisão

304. Como as vacinas Covaxin (Bharat Biotech) e Sputnik (Instituto Gamaleya) não têm autorização temporária ou registro no Brasil, o contrato prevê que o pagamento só será feito após conclusão da análise e eventual aprovação de qualquer autorização pela Anvisa.

305. Há, outrossim, a previsão contratual, nas avenças relativas às vacinas acima citadas, de que, caso, após a autorização temporária de uso emergencial e antes da completa execução do contrato, o registro definitivo do produto seja negado e seja revogada a autorização temporária de uso emergencial, haverá a rescisão do contrato sem ônus para as Partes em relação às doses ainda não entregues. Quanto às doses já recebidas, o Ministério da Saúde efetuará o pagamento às contratadas.

Variantes

306. Os termos de referência dos contratos firmados com a União Química e com a Precisa Medicamentos – e o contrato firmado com esta última – estabelecem que, pela falta de eficácia das vacinas adquiridas contra variantes que se tornem prevalentes em território nacional, em grau tal que impeça o atingimento da efetiva imunidade de rebanho por vacinação na população brasileira, os contratos firmados poderão ser rescindidos.

Obrigações das contratadas

307. Os contratos firmados com o Butantan, União Química e Precisa Medicamentos estabelecem que as obrigações das contratadas são aquelas previstas no Termo de Referência da contratação.

308. Em função do caráter sigiloso atribuído ao processo de aquisição da Coronavac (Butantan), não foi possível verificar o termo de referência da contratação. No tocante às obrigações das demais contratantes, destacam-se:

6.1.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990).

(...)

6.1.12. Responder integralmente por perdas e danos que vier a causar à CONTRATANTE ou a terceiros em razão de ação ou omissão dolosa ou culposa, sua ou dos seus propositos, independente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeito;

6.1.13. Responsabilizar-se pelos ônus resultantes de quaisquer ações, demandas, custos e despesas decorrentes de danos, ocorridos por culpa sua ou de qualquer de seus empregados ou propositos,

obrigando-se, outrossim, por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força da lei, ligadas ao cumprimento deste Termo de Referência;

Autossustentabilidade do Brasil na produção de vacinas da Covid-19

309. Das iniciativas em curso para aquisição de vacinas, somente a Encomenda Tecnológica da Fiocruz, que prevê a assinatura de contrato de transferência de tecnologia (TT) para produção do IFA da vacina, tem a possibilidade de tornar o Brasil autossustentável na produção de imunizante contra a Covid-19, o que pode ser essencial para o aperfeiçoamento da vacina diante das mutações do novo coronavírus e também na hipótese da necessidade de doses periódicas de reforço.

310. Considerando o atraso na assinatura do TT, foi encaminhado ofício de requisição à Fiocruz (peça 386), solicitando, entre outras informações, plano de gerenciamento de riscos da transferência de tecnologia para produção nacional do IFA e da vacina da Covid-19 e plano de trabalho da transferência de tecnologia do IFA para produção da vacina da Covid-19.

311. A Fiocruz informou que os planos de trabalho e do gerenciamento de riscos da transferência de tecnologia do IFA estão sendo elaborados e a primeira versão será emitida após assinatura do contrato de transferência de tecnologia do IFA (peça 393).

312. Em relação ao contrato prevendo a transferência de tecnologia do IFA, a Fiocruz afirmou que está na fase de finalização e que contratos dessa natureza envolvem pormenores e cenários ainda em discussão, a exemplo de questões prevendo exatas responsabilidades quanto à assistência técnica ou ainda regras sobre o compartilhamento do desenvolvimento e da atualização da tecnologia. Em reunião realizada com representantes da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da sua Diretoria de Integridade, no dia 8/4/2021, foi informado que o contrato de TT da Fiocruz com a AstraZeneca ainda não fora assinado.

313. A Fiocruz também foi questionada quanto às ações e atividades planejadas no caso de atraso na transferência de tecnologia para produção do IFA e, segundo a Fundação, essas ações e atividades estão sendo desenhadas nos planos de trabalho e nos planos de gerenciamento de riscos em elaboração.

314. Quanto ao início da produção da vacina a partir do IFA produzido no Brasil, a Fiocruz informou que a expectativa é que a planta industrial seja liberada pela Anvisa em abril/2021, possibilitando a produção dos primeiros lotes experimentais a partir de maio/2021. Nesse cenário, a produção e a entrega das primeiras doses da vacina totalmente produzidas na Fiocruz ocorreriam no segundo semestre de 2021, não sendo possível, neste momento, apresentar um cronograma detalhado de entrega da vacina produzida a partir do IFA produzido pela Fiocruz.

315. Por fim, a Fiocruz ressaltou que as doses produzidas somente poderão ser distribuídas após o deferimento de todo o processo de registro junto à Anvisa, inclusive a aprovação da inclusão de novo local de fabricação do IFA.

316. Outrossim, foi encaminhado ofício ao Ministério da Saúde (peça 385), solicitando informações relativas às ações adotadas no âmbito do acompanhamento e supervisão do Contrato de Encomenda Tecnológica firmado pela Fiocruz com o Laboratório AstraZeneca para a produção de vacina para a Covid-19, com o intuito de assegurar, entre outras: a assinatura do contrato de transferência de tecnologia do IFA e a transferência de tecnologia da produção do IFA para a Fiocruz. Também foram solicitadas ao MS informações sobre as medidas a serem adotadas, caso o processo de transferência de tecnologia da produção do IFA para a Fiocruz não esteja concluído até o mês de julho de 2021, em face do risco de não disponibilização das vacinas integralmente produzidas no país.

317. O Ministério da Saúde, em resposta, registrou que o contrato da encomenda tecnológica foi firmado entre a Fiocruz e o Laboratório AstraZeneca, não sendo o Ministério da Saúde parte signatária

do contrato e que a Fiocruz, não obstante estar vinculada ao MS, enquanto fundação pública possui autonomia jurídica, administrativa e financeira. Apesar dessa autonomia, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 3.290/2020 que institui Comitê Técnico para o acompanhamento das ações relativas à vacina objeto da Etec (peça 397).

318. Segundo a portaria, o Comitê é competente para acompanhar as ações de pesquisa, desenvolvimento, produção, contratualização, transferência e incorporação tecnológica e será composto por representantes do Gabinete do Ministro da Saúde, da Secretaria-Executiva, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde.

319. A portaria estabeleceu a periodicidade das reuniões – quinzenalmente, em caráter ordinário, e sempre que convocado, em caráter extraordinário – e a duração do Comitê – 180 dias, a partir da publicação da portaria, podendo ser prorrogado por igual período. Segundo o MS, até 17/3/2021, foram realizadas três reuniões e duas visitas técnicas dos integrantes do Comitê.

320. Foram apresentadas as pautas e as atas de quatro reuniões e, pela leitura dos documentos apresentados, foi possível verificar que o Ministério da Saúde solicitou informações quanto à adequação da infraestrutura da Fiocruz para produção da vacina, com solicitação do cronograma previsto com definição de maquinário e equipamentos (peça 397, p. 19). A Fiocruz, por sua vez, informou a previsão para inspeção da Anvisa e para início da produção do IFA (peça 397, p. 39-43).

321. Desta forma, é possível constatar que o Ministério da Saúde adotou ações com o fito de acompanhar a transferência de tecnologia para produção do IFA e da vacina no Brasil. Esta fiscalização manterá o acompanhamento dessas ações, nos próximos ciclos do acompanhamento.

Registro de vacinação contra a Covid-19

322. Os artigos 18 e 19 da Lei 14.124/2021 combinados com a Portaria GM/MS 69/2021 estabeleceram a obrigatoriedade de que todos os serviços de vacinação públicos e privados efetuem o registro, nos sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, das informações sobre as vacinas contra a Covid-19 aplicadas.

323. Para o registro dessas imunizações, o Ministério da Saúde utilizou o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) – sistema criado em 1993 e desde 2003 descentralizado a todos os municípios –, que é amplamente utilizado para registrar outras ações de imunização no âmbito do Sistema Único de Saúde. O SIPNI possui dados consolidados de acesso público e embasa os índices oficiais de cobertura vacinal no Brasil.

324. O Ministério da Saúde informou ter realizado uma integração do SIPNI com um aplicativo denominado Conecte-SUS, que permite ao cidadão agendar atendimentos e solicitar dispensação de medicamentos, dentre outras funcionalidades, de modo a pré-identificar cidadãos que fazem parte dos grupos prioritários. Não obstante, usuários que não possuam o aplicativo Conecte-SUS ou que não estejam na lista de prioridades do sistema podem se vacinar, desde que apresentem o documento do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou comprovem integrar algum grupo prioritário.

325. Para tal, foi previsto que as unidades que não tenham rede de internet disponível, possam utilizar um módulo off-line e, para as unidades não informatizadas, foi previsto um formulário contendo o número do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (Cnes), CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) do vacinado, data de nascimento, nome da mãe, sexo, grupo-alvo, data da vacinação, nome da vacina, fabricante da vacina, tipo de dose e lote e validade da vacina, que devem ser, posteriormente, informados no sistema.

326. A pasta ministerial também realizou interoperabilidade dos dados de vacinação contra a Covid-19 com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), uma plataforma nacional de interoperabilidade instituída pela Portaria GM/MS 1.434/2020 com o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos das redes de atenção à saúde, tendo como diretrizes a oferta da

conectividade, a melhoria de atendimento, o acompanhamento do paciente, a eficiência da gestão do recurso público e a inovação na saúde.

327. Há de se registrar que a interoperabilidade promovida pela RNDS possibilitou a disponibilização dos registros de vacinação anonimizados pelo portal opendatasus.saude.gov.br. Os dados apresentados – idade do vacinado, os cinco primeiros dígitos do Código de Endereçamento Postal (CEP) de residência, o grupo prioritário, o lote e o fabricante da vacina, bem como a data de aplicação – não ofendem a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), de acordo com o informado pelo Ministério da Saúde no referido portal.

328. Dados do portal opendatasus.gov.br ainda indicam que os registros da Campanha Nacional de Vacinação contra Covid-19 possuem dicionários de dados e manual para consumo da *Application Programming Interface* (API), com respectivas datas de criação e de atualização dos dados e dos metadados, formato, licença, identidade do pacote e de revisão, fluxo de atividades, área responsável, frequência de atualização, cobertura e granularidade, dentre outras variáveis.

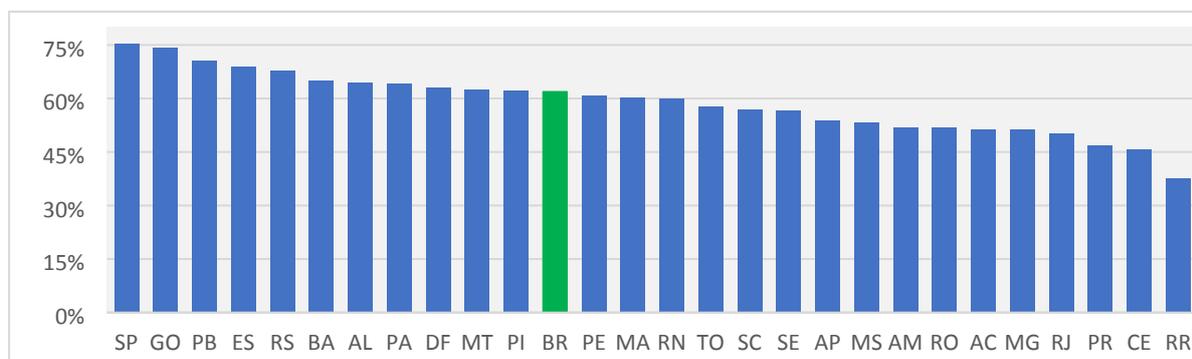
329. Tais dados possibilitam grande controle social sobre os registros de vacinação informados pelos entes subnacionais. É possível, por exemplo, consultar os grupos prioritários que mais receberam doses das vacinas por município, em comparação com dados de profissionais de saúde disponíveis no Cnes, regiões onde se concentram a maior parte dos vacinados (a partir dos cinco primeiros dígitos do CEP), o intervalo médio entre as doses por município, entre outras variáveis.

330. Não obstante essas funcionalidades, é importante frisar que existem dados apenas dos registros que foram lançados no sistema, o que nem sempre é feito pelos gestores locais.

331. Ao comparar-se dados de vacinas distribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil, consoante registros da Secretaria de Vigilância em Saúde extraídos do portal localizasus.saude.gov.br em 17/3/2021, com os dados de vacinas aplicadas oriundos da RNDS nessa mesma data, por Unidade Federada, observa-se que a relação “doses recebidas X doses aplicadas” variou entre 75,4% (São Paulo) e 37,6% (Roraima), com média nacional de 60%, média entre as unidades federadas de 58,6% e desvio-padrão de 9%.

332. É de se esperar que a referida relação não seja de 100%, pois os imunizantes para a Covid-19 atualmente distribuídos no Brasil demandaram duas doses, e, até o sexto informe técnico, as unidades deveriam guardar estoques para garantir a segunda dose da vacina Coronavac, ao público-alvo. Sem prejuízo, as variações apresentadas podem ser um indicativo que algumas unidades federadas podem não estar alimentando adequadamente os dados sobre os vacinados ou podem ter dificuldades logísticas para disponibilizar os respectivos imunizantes à população.

Gráfico 3: Relação entre Doses Recebidas de Vacinas Contra a Covid-19 e Doses Aplicadas por UF, com dados de até 17/3/2021



Fonte: RNDS, SVS/MS e Localiza SUS. Dados obtidos em 17/3/2021.

333. Existe uma grande quantidade de variáveis que podem justificar a falta de registros de vacinação. Algumas dessas variáveis podem ser aceitáveis, como impossibilidades técnicas, mas existe

o risco de que a ausência de registros possa estar relacionada com práticas ilegítimas, como desvio de imunizantes ou vacinação de pessoas fora das prioridades definidas pelos gestores públicos. Ainda que as bases de dados sejam auditadas, essas irregularidades podem nunca ser identificadas via sistema, pelo fato de não existirem registros.

334. O Brasil possui 5.570 municípios e mais de 330.000 estabelecimentos de saúde cadastrado no Cnes, conforme dados de janeiro de 2021. Ou seja, trata-se de uma estrutura altamente descentralizada. Embora sejam dignas de elogio as iniciativas de fomentar o controle social por meio da disponibilização de dados, observadas as diretrizes da Lei 13.709/2018, é dever do Ministério da Saúde se articular com outras instâncias do SUS de modo a propiciar um controle descentralizado dos registros de vacinação.

335. É importante frisar que o TCU, assim como outros órgãos de controle da esfera federal, se viu sobrecarregado nos últimos meses com demandas relacionadas à aplicação de recursos relacionados à Covid-19. Embora seja dever dos órgãos públicos apurar irregularidades, tende a ser ineficiente e pouco efetiva uma estrutura de controle e fiscalização centralizados sobre uma estrutura altamente descentralizada, como é o caso do SUS.

336. Registre-se que o TCU já vem adotando iniciativas no sentido de descentralizar suas ações, como o aprimoramento das relações institucionais com os órgãos que integram a Rede de Controle para fortalecer ainda mais as ações conjuntas de combate à fraude e à corrupção e para fomentar também as iniciativas educacionais e preventivas. Entretanto, outras medidas de caráter complementar podem ser adotadas.

337. No que tange ao SUS, o art. 1º, § 2º da Lei 8.142/1990 estabelece que em cada esfera governo haverá um respectivo conselho de saúde, responsável, dentre outras atribuições, pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Em tese, cada município tem um conselho e tais conselhos teriam melhores condições de fiscalizar questões relacionadas à aplicação da vacina da Covid-19, como verificar se os municípios estão registrando as vacinas aplicadas ou eventuais irregularidades na fila de vacinação.

338. Nesse contexto, por meio Ofício de Requisição 31/2021 (peça 363), solicitou-se esclarecimentos do Ministério da Saúde sobre eventuais orientações dadas aos Conselhos de Saúde dos diversos entes federados, sobre ações que deveriam adotar em caso de irregularidades ou morosidade na aplicação das vacinas, bem sobre eventuais funcionalidades que possibilitem aos gestores, conselheiros e responsáveis pela fiscalização da política em saúde terem dados tempestivos sobre a situação vacinal no respectivo ente.

339. Em resposta, o MS informou que encaminhou o Ofício-Circular 33/2021/SVS/MS ao Conass, Conasems e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), com orientações gerais sobre o plano nacional de vacinação contra a Covid-19, bem como que o portal localizaus.saude.gov.br possibilitaria aos gestores acesso a painéis específicos sobre a vacinação (peça 368).

340. A despeito dessas informações, entende-se que o Ministério da Saúde, de fato, disponibilizou, por meio dos portais opendatasus.saude.gov.br e localizaus.saude.gov.br, ferramentas que possibilitam o controle descentralizado das ações de vacinação. Não obstante, as orientações constantes do Ofício-Circular 33/2021/SVS/MS tratam mais da operacionalização da política de vacinação do que de ações a serem adotadas em caso de irregularidades na vacinação.

341. Ressalta-se que o TCU já orienta de longa data a importância dos Conselhos de Saúde na fiscalização dos gastos pelos gestores locais, tendo publicado as cartilhas “Orientações para Conselheiros de Saúde”. No cenário atual, de emergência da saúde pública, a atuação de tais conselhos se torna muito mais relevante. Tais instâncias podem atuar na fiscalização da execução da política de imunização, no registro de casos suspeitos e confirmados da doença, no controle dos saldos nas contas correntes do respectivo ente e no controle das contratações realizadas.

342. Em caso de irregularidades, aplicando-se por analogia o disposto no art. 70 da CRFB/88, entende-se que tais conselhos devem dar ciência do fato ao órgão responsável pelo controle externo do respectivo ente (Câmara Municipal, Assembleia Legislativa ou Câmara Legislativa do Distrito Federal), bem como aos demais órgãos de controle interno e externo, para a adoção das medidas cabíveis. Isso possibilitaria um controle mais descentralizado sobre os recursos para o controle da situação emergencial.

343. Nesse contexto, propõe-se, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, recomendar ao Ministério da Saúde que avalie a conveniência e a oportunidade de orientar os Conselhos de Saúde de todos os entes subnacionais a, com base no art. 1º, § 2º da Lei 8.142/1990, fiscalizar as ações dos gestores locais no combate à calamidade pública nacional decorrente de pandemia do vírus Sars-CoV-2, especialmente no que concerne à execução das ações de vacinação, ao registro de casos suspeitos e confirmados da doença e ao controle dos saldos nas contas correntes e das contratações realizadas, devendo, em caso de irregularidades, dar ciência de tal fato à casa legislativa responsável pelo controle externo do respectivo ente (Câmara Municipal, Assembleia Legislativa ou Câmara Legislativa), bem como aos respectivos órgãos auxiliares de controle interno e externo, na forma preconizada no art. 70 da CRFB/88.

344. A proposta de recomendação foi apresentada aos gestores do Ministério da Saúde, que não se opuseram à recomendação e mencionaram, inclusive, a possibilidade de encaminhar informações para os Tribunais de Contas estaduais, com o objetivo de fomentar a descentralização do controle da atuação dos entes públicos na pandemia. Registre-se que o Secretário Especial de Coordenação das Secretarias do TCU nos Estados se colocou à disposição para acionar a Rede de Controle nos Estados para estimular a descentralização do controle.

345. No que tange aos registros de distribuição de vacinas pelo Ministério da Saúde, a pasta apresentou à equipe de acompanhamento, em resposta ao Ofício de Requisição 31/2021, uma planilha com os critérios de repartição entre os entes federados por imunizante e grupo prioritário (sessenta anos ou mais institucionalizados, pessoas com deficiência institucionalizadas, população indígena vivendo em terras indígenas e trabalhadores da saúde), sendo previstas algumas doses adicionais a Estados da Região Norte.

346. Não foi possível fazer uma análise pormenorizada da adequação das informações com base nos dados constantes da referida planilha, visto que a distribuição de vacinas ocorreu de modo dinâmico (em que novas doses estão sendo incorporadas diariamente), e o citado documento não disponibilizou algumas informações essenciais, como os critérios de disponibilização de doses adicionais ou as fontes para se definir a população idosa de cada estado, o número de indígenas por terra indígena ou o número de profissionais de saúde.

347. Informações mais detalhadas sobre os critérios de distribuição de vacinas foram apresentadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19, que, em sua quinta edição, de 17/3/2021, apresentou a Nota Técnica 155/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS e informes técnicos com as pautas de distribuição dos imunizantes. Até a data da citada edição, havia nove pautas de distribuição dos imunizantes, com a constante incorporação de novas doses e a atualização do quantitativo total a ser distribuído.

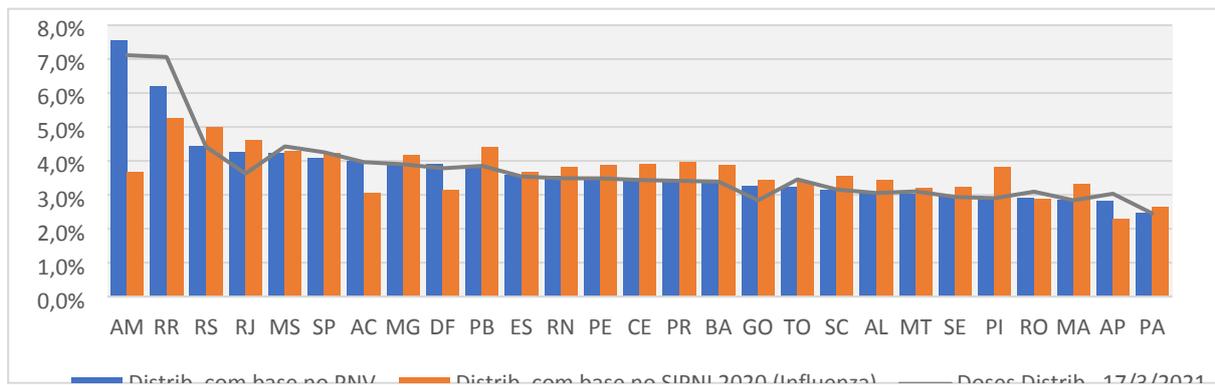
348. Para fins ilustrativos, optou-se por fazer uma comparação entre as doses de vacinas para Covid-19 distribuídas até 17/3/2021, a partir do somatório da população alvo das etapas 1 a 6 da fase 1, prevista nos quadros de distribuição de vacinas dos informes técnicos disponíveis no Plano Nacional, e a distribuição teórica a partir dos registros do SIPNI de trabalhadores de saúde, indígenas e idosos, estimados para a campanha de vacinação de Influenza em 2020, por município, agrupados por Estado/Distrito Federal.

349. No geral, constatou-se que a distribuição informada pelo Ministério da Saúde se aproxima da idealmente proposta no Plano Nacional, com um desvio-padrão de 0,3%. As variações identificadas

podem ser explicadas por alguns fatores, a exemplo da população alvo poder receber mais de uma dose. Ao se comparar a distribuição de doses até 17/3/2021 com o quantitativo de profissionais de saúde, de indígenas e de idosos previsto em registros do SIPNI de 2020, quando da vacina da influenza, observa-se menor correlação.

350. A seguir, apresenta-se o gráfico 4 a respeito da comparação citada no item anterior. Registre-se que, por questões didáticas, o gráfico apresenta um modelo em que a distribuição de todas as vacinas foi feita de modo relativo, em que 100% corresponde ao total de doses disponíveis para serem distribuídas. Em uma divisão exata, cada um dos 26 Estados e Distrito Federal, teria direito a aproximadamente 3,7% (100% / 27) das doses.

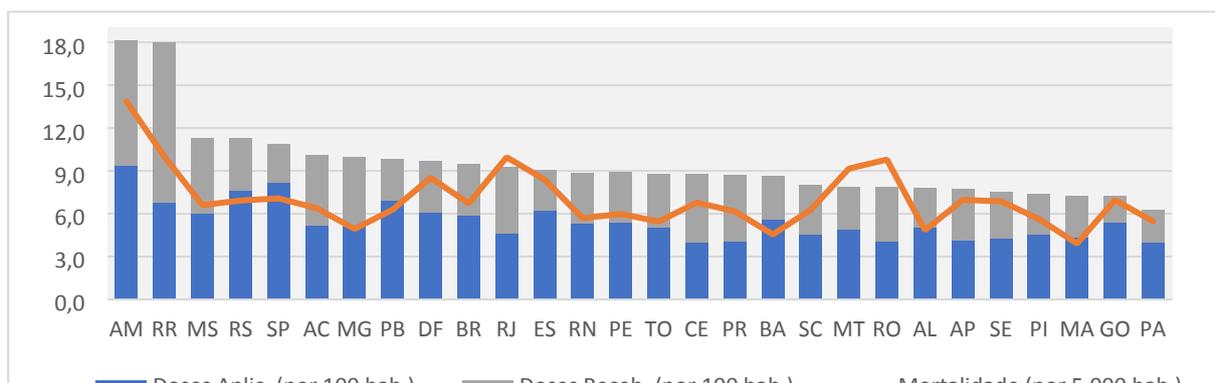
Gráfico 4: Doses Distribuídas de Vacinas para Covid-19 em relação aos Parâmetros de Distribuição, por UF



Fonte: PNV, SIPNI, Localiza SUS e IBGE. Dados obtidos em 17/3/2021.

351. Fazendo-se um comparativo de doses distribuídas, doses aplicadas e mortalidade por Covid-19 (considerando dados disponíveis até 17/3/2021 e estimativas populacionais do IBGE para 2020), também não se observa uma necessária correlação. Embora Amazonas e Roraima tenham sido os Estados que proporcionalmente mais receberam doses e que tiveram as maiores taxas de mortalidade por Covid-19 até aquela data, alguns outros, como Rio de Janeiro, Rondônia e Mato Grosso e Rondônia, receberam, proporcionalmente, poucas doses.

Gráfico 5: Mortalidade por Covid-19 em relação a Doses Recebidas e Doses Aplicadas da Vacina por UF, com dados de até 17/3/2021



Fonte: RNDS, SVS/MS, Localiza SUS, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 17/3/2021.

352. Essa falta de correlação não é uma irregularidade; de acordo com as planilhas encaminhadas pelo MS, a mortalidade não foi um critério utilizado para distribuição de doses de vacinas. Ademais, localidades que possuem grande percentual de população indígena, ou que possuem muitos profissionais de saúde, que estão entre os grupos prioritários, tendem a ter recebido mais doses. Não obstante, o gráfico demonstra que localidades que têm se mostrado mais vulneráveis à Covid-19 não necessariamente recebem mais doses.

353. É muito difícil chegar a um critério ótimo de distribuição de vacinas, pois existem muitas

variáveis que podem se inter-relacionar. Sem prejuízo, observa-se que o Ministério da Saúde tem dado publicidade aos critérios por ele adotados para a distribuição dos imunizantes, via informes técnicos publicizados nas atualizações no Plano Nacional de Vacinação (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19>). Embora tais informes sejam passíveis de críticas, entende-se que uma atuação mais incisiva do TCU, via deliberação, determinando, por exemplo, a elaboração de normativo disciplinando o critério de distribuição dos imunizantes, pode burocratizar o processo de distribuição de vacinas, e tirar flexibilidade dos gestores.

354. Dado esse contexto, entende-se prudente manter acompanhamento nos próximos ciclos sobre os critérios de transferências de vacinas aos demais entes federados, bem como avaliar se os locais que receberam – e aplicaram – as doses contra Covid-19 em seus habitantes tenderam a ter menores de casos de mortalidade, casos confirmados ou internações relacionadas à doença.

Produção de conhecimento

355. A SecexSaúde e as 26 secretarias do TCU nos estados, sob a coordenação da Secretaria Especial de Coordenação das Secretarias do TCU nos Estados (Secor) e da própria SecexSaúde, realizaram produção de conhecimento com o objetivo de avaliar os planejamentos estaduais e municipais da operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e sua compatibilidade com o Plano Nacional, bem como identificar eventuais riscos que pudessem impactar negativamente a execução do plano nacional.

356. O relatório consolidou os principais riscos apontados pelos gestores – os quais não foram submetidos a confrontos ou procedimentos de confirmação – que, posteriormente, foram apresentados pela equipe do acompanhamento às áreas do Ministério da Saúde responsáveis pelas ações que compõem o Plano Nacional de Vacinação da Covid-19, em reunião realizada no dia 17/3/2021.

357. De acordo com o relatório da produção do conhecimento, com 32% das respostas, os riscos mais apontados pelos gestores foram a baixa quantidade de vacinas recebidas (22%) e a ausência de um cronograma de disponibilização de doses pelo governo federal (10%).

358. No tocante à ausência de um cronograma de disponibilização de novas doses, foram apontados, pelos gestores locais, aspectos relacionados ao planejamento da campanha, bem como uma comunicação deficiente, tardia, de véspera ou por meios não oficiais, em relação à entrega de vacinas pelo Ministério da Saúde aos estados.

359. Representantes do Ministério afirmaram que os Estados são comunicados da distribuição de novas doses por meio dos Informes Técnicos disponibilizados no *site* do MS e anexados ao Plano Nacional de Vacinação e atribuíram a pouca antecedência na comunicação dos Estados respeito da disponibilização de novas doses ao atraso dos laboratórios na entrega dos imunizantes.

360. É fato nacionalmente conhecido que a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan atrasaram a entrega das vacinas, em razão de dificuldades na importação do IFA para a produção dos imunizantes. Cabe destacar que a equipe do acompanhamento verificou a publicação, no Plano Nacional de Vacinação, dos Informes Técnicos relativos à disponibilização de novas doses, contendo o quantitativo destinado a cada Estado.

361. O relatório da produção do conhecimento associou três riscos relativos à campanha de vacinação: resistência da população em aderir à vacinação (6%), disseminação de *fake news* (5%) e deficiências de divulgação da campanha (2%), totalizando 13% das respostas.

362. Em relação à divulgação, foi destacada a ausência de uma campanha publicitária, coordenada nas três esferas de governo, de promoção do programa de vacinação contra a Covid-19, que possibilite o conhecimento, a compreensão, o estímulo e a adesão da população em geral.

363. O Chefe da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde esclareceu que a campanha de comunicação da vacinação foi elaborada pelo MS da mesma forma que todas as campanhas de

vacinação e que não recebeu solicitação dos entes subnacionais para a construção de uma campanha de comunicação coordenada com as outras esferas de governo.

364. Informou ainda que, em dezembro de 2020, mês de início previsto no plano preliminar de vacinação para início das ações de comunicação, não havia orçamento para veiculação de ações de comunicação em redes de televisão aberta e a veiculação foi bonificada, de acordo com a disponibilidade dos veículos de mídia, no período de 16/12/2020 a 20/1/2021 e que, de 20/1/2021 a 29/3/2021, há três *flights* de mídia programados, com diferentes abordagens relativas à vacinação e com veiculação na TV aberta e em emissoras de rádio.

365. A Assessoria de Comunicação destacou também a veiculação de mensagens relativas à vacinação em terminais de autoatendimento do Banco do Brasil e que os materiais publicitários elaborados para a campanha estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde.

366. A equipe constatou a veiculação das campanhas publicitárias na televisão aberta e, em relação à elaboração de uma campanha de comunicação coordenada, o anseio dos gestores está alinhado ao que se espera de uma comunicação de crise, como descrito no tópico II. Governança e planejamento.

367. Na sequência, o relatório da produção de conhecimento apontou o risco de haver deficiências na estimativa do público-alvo (11,7% das respostas).

368. Esse risco foi associado, segundo os gestores locais, à baixa participação das esferas locais na estimativa da população dos grupos prioritários e a deficiências ou à desatualização das bases de dados utilizadas pelo Ministério da Saúde para a quantificação desses grupos.

369. Algumas UFs relataram ter realizado estimativas próprias para grupos prioritários e alguns desses cálculos teriam apresentado divergências em relação à estimativa federal, com risco de recebimento de quantitativo inferior de vacinas em relação à necessidade estimada localmente.

370. Representantes do Ministério da Saúde afirmaram que a definição dos grupos prioritários foi discutida no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis (objeto do quarto relatório do acompanhamento) e que as instâncias representativas do Conass e do Conasems integravam a citada Câmara.

371. Segundo os representantes do MS, as instâncias representativas dos entes subnacionais não apresentaram questionamentos quanto à definição dos grupos prioritários ou às bases de dados utilizadas para cálculo dos citados grupos e que não foram apresentadas estimativas próprias elaboradas pelos Estados, questionando os quantitativos de vacinas definidos para cada grupo.

372. Em relação aos questionamentos quanto à estrutura das redes de frio, os gestores dos 26 estados e do Distrito Federal afirmaram, segundo o relatório da produção de conhecimento, acreditar que a quantidade e as características das câmaras frias e demais equipamentos de conservação são suficientes e adequadas para garantir a realização da vacinação.

373. Da análise do relatório de consolidação das respostas dos gestores, é possível deduzir que há dificuldades na relação dos gestores dos entes subnacionais com os gestores do MS no tocante à vacinação da Covid-19. Essas dificuldades podem advir de falhas na comunicação, falta de conhecimento acerca da elaboração e coordenação do programa ou, mesmo, a partir de um entendimento de que o Plano de Operacionalização da Vacinação deveria ser mais participativo.

374. De acordo com a Lei 6.259/1975, compete ao Ministério da Saúde a elaboração e a coordenação do Programa Nacional de Imunizações e o apoio técnico, material e financeiro à execução do programa, em âmbito nacional e regional.

375. O art. 4º, § 1º, do citado dispositivo legal estabelece que as ações relacionadas com a execução do programa são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas ou dos órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios. Enquanto o § 2º, por sua vez,

estabelece que o Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e assumir sua execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justifiquem.

376. O Ministério da Saúde não assumiu a execução do Programa de Vacinação da Covid-19, estando esta a cargo das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

377. Deve-se destacar ainda que diversos problemas na vacinação têm sido apontados, a exemplo de burla aos grupos prioritários, comunicação do público-alvo, lentidão na vacinação. Contudo, como apontado no tópico “Registro de Vacinas”, tende a ser ineficiente e pouco efetiva uma estrutura de controle e fiscalização centralizados sobre uma estrutura altamente descentralizada, como é o caso do SUS.

378. É muito difícil para o TCU identificar se os problemas apontados são devidos somente a falhas de planejamento ou de coordenação do MS ou se há também falhas na execução da política, a cargo das secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo necessária a descentralização do controle e fiscalização da política de vacinação, com o envolvimento, por exemplo, dos Conselhos de Saúde, como proposto no parágrafo 343.

Cumprimento de deliberações anteriores

379. Por meio do item 9.2.1 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, determinou-se à Fiocruz que, nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilizasse em *site* específico as informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal, inclusive o contrato de Encomenda Tecnológica firmado com o Laboratório AstraZeneca.

380. Em relação ao contrato da Etec, observou-se que a Fiocruz publicou no site <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/vacinas/informacoes-sobre-a-vacina-covid-19>, o contrato da Etec, ressalvadas algumas cláusulas, protegidas pelo dever de confidencialidade entre as partes.

381. Quanto às demais contratações, a Fiocruz informou dispor de *site* específico para divulgar as compras e contratações relacionadas ao enfrentamento da pandemia, conforme o link <https://idcg.fiocruz.br/> (peça 266).

382. Contudo, verificou-se que o *site* não disponibiliza as informações exigidas pela Lei 13.979/2020, como: prazo contratual; processo de aquisição ou contratação; ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato; o local de entrega ou de prestação do bem ou serviço adquirido; montantes pagos e o saldo disponível ou bloqueado, caso exista; informações sobre eventuais aditivos contratuais; quantidade entregue em cada unidade da Federação durante a execução do contrato, nas contratações de bens e serviços.

383. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, dar ciência à Fundação Oswaldo Cruz acerca da necessidade de observar os requisitos exigidos pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020 na divulgação das aquisições e contratações realizadas com base nessa norma legal, como determinado pelo item 9.2.1 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário.

384. Por meio do item 9.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, recomendou-se ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação, desse ampla transparência em seu site às iniciativas relativas à vacina da Covid-19 existentes no país, indicando, entre outras informações, qual o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e as tratativas para incorporação dos produtos no Programa Nacional de Imunizações, nos termos dos arts. 3º e 4º da Lei 6.259/1975 e da Lei 12.527/2011.

385. Observou-se que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, atualmente na sua quinta versão, apresentava informações acerca dos memorandos de entendimento firmados pelo MS. Consoante a segunda versão do plano, de 29/1/2021:

Na medida da evolução das negociações deste Ministério da Saúde, memorandos de entendimento, não vinculantes vão sendo definidos e ajustados de acordo com os cronogramas e quantitativos negociados com as farmacêuticas, que atualmente ofertam o produto ao mercado nacional: Janssen, Bharat Biotech, Moderna, Gamaleya, Pfizer, Sputnik V, dentre outras.

A partir dos memorandos de entendimento, o MS prossegue com as negociações até a efetivação dos contratos, a fim de disponibilizar o quanto antes a maior quantidade possível de doses de vacina para imunizar a população brasileira de acordo com as indicações dos imunizantes.

386. O MS firmou contratos para aquisição de vacinas com todos os fabricantes descritos no Plano, com exceção da Moderna. Segundo o cronograma disponível em <https://sage.saude.gov.br/sistemas/vacina/nota/cronograma.pdf?n=1271743123>, o MS mantém tratativas com a Moderna para aquisição de 63 milhões de imunizantes da Covid-19.

387. Em relação ao papel do Ministério da Saúde, a quinta versão do Plano Nacional de Operacionalização destaca que:

O Ministério da Saúde coordena as ações de resposta às emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos, aquisição de imunobiológicos, apoio na aquisição de insumos e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS.

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as de vacinação, são definidas em legislação nacional (Lei nº 6.259/1975), a qual aponta que a gestão das ações é compartilhada pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. A descrição das responsabilidades de cada ente relacionadas à operacionalização da campanha encontra-se no Anexo III.

388. Segundo o Anexo III do Plano:

CONSTITUEM COMPETÊNCIAS DA GESTÃO FEDERAL:

A coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas dos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;

Apoiar os Estados, Distrito Federal e os Municípios na aquisição de seringas e agulhas para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, em conformidade com a Portaria de Consolidação nº 04 de 28 de setembro de 2017, que atribui à Secretaria de Vigilância em Saúde a “gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o monitoramento dos estoques e a solicitação da distribuição aos estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVIII)” e o provimento de insumos estratégicos que incluem “seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, b)”

O provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos;

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual.

389. **Ante o exposto, propõe-se considerar cumprida a recomendação constante do item 9.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário.**

390. Por meio do item 9.4 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, recomendou-se à Fiocruz que desse ampla publicidade à Encomenda Tecnológica celebrada com o Laboratório AstraZeneca, observando as diretrizes estabelecidas pelo art. 3º da Lei 12.527/2011.

391. Observou-se que a Fiocruz, além de disponibilizar o contrato da Etec, no endereço eletrônico <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/vacinas/informacoes-sobre-a-vacina-covid-19>, também disponibilizou o documento intitulado Justificativa da Encomenda Tecnológica, no qual são apresentadas informações relativas à Etec, como: objetivo da encomenda; acompanhamento do

desenvolvimento da solução tecnológica; previsão de sanções, no caso de inadimplemento de obrigações que não sejam enquadradas como risco tecnológico; justificativa para a dispensa de licitação; justificativa para o não atendimento das etapas propostas pelo TCU no “Projeto de Contratação de Inovação para a Administração Pública”; e interesse público no desenvolvimento da solução tecnológica.

392. Ante o exposto, propõe-se considerar cumprida a recomendação constante do item 9.4 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário.

393. Por fim, o item 9.1 do Acórdão 4049/2020 – TCU – Plenário, determinou ao MS que divulgasse em seu *site* informações sobre o Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Resolução 8, de 9/9/2020, da Casa Civil, sobre a Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis constituída no âmbito do PNI e sobre outros mecanismos existentes ou que viessem a ser constituídos no âmbito do Ministério da Saúde para deliberar ou assessorar acerca das ações governamentais relativas às vacinas.

394. Verificou-se que, no *site* do MS, na aba sobre vacinas contra a Covid-19 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas>), foram disponibilizadas informações em relação aos mecanismos acima citados.

395. Em relação ao Grupo de Trabalho instituído pela Resolução 8, de 9/9/2020, da Casa Civil, foi disponibilizado *link* para o instrumento de designação dos membros do grupo e relatórios do GT. No tocante à Câmara Técnica, foi disponibilizado link para acesso ao instrumento normativo, Portaria GAB/SVS 28/2020, que instituiu a Câmara e definiu sua composição, atribuições e funcionamento.

396. As atas das reuniões das Câmaras Técnicas não foram divulgadas no endereço eletrônico. O MS encaminhou as atas (peça 327, p. 9-68), em atenção ao acórdão, e informou que são documentos de acesso restrito.

397. Ante o exposto, propõe-se considerar cumprida a determinação constante do item 9.1 do Acórdão 4049/2020 – TCU – Plenário.

VIII. AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAUDE RELATIVAS ÀS NOVAS VARIANTES DO VÍRUS SARS-COV-2

398. A Covid-19 é uma infecção viral causada pela cepa do coronavírus Sars-CoV-2, um vírus de RNA, classificado como RNA+. Como todo vírus, o Sars-CoV-2 utiliza-se de célula hospedeira para a replicação (multiplicação), ampliação da sua infecção no hospedeiro e viabilização da contaminação de novos hospedeiros, neste caso, outros seres humanos.

399. A cada nova multiplicação do vírus é gerada uma nova geração. Como os vírus são estruturas simples que não têm um grande aparato de correção de erros de replicação, no momento da duplicação de seu material genético podem ocorrer erros aleatórios que podem conferir vantagens ou desvantagens ao vírus. Esse fenômeno é chamado de mutação viral. Em alguns casos, a mutação é tal que impede a sobrevivência dessa geração de vírus. Em outros casos, a mutação pode ser benéfica para o vírus e pode conceder algumas vantagens às novas gerações virais e prejudicar ainda mais os hospedeiros.

400. Ora, se a cada nova contaminação o vírus se reproduz e gera novas gerações virais, naturalmente quanto maior o nível de transmissão e contaminação de uma população pelo vírus, maiores as chances de ocorrerem mutações que sejam capazes de aumentar a patogenicidade (capacidade de o agente biológico causar doença em um hospedeiro susceptível) ou a transmissibilidade do vírus. Conforme a teoria da evolução de Charles Darwin, todos os seres vivos se encontram em constante transformação genética, de modo que o ambiente se encarregará de selecionar os indivíduos mais viáveis para sobreviver naquele contexto. Exatamente tal situação ocorre na pandemia da Covid-19, pois as novas mutações do vírus Sars-CoV-2 estão se mostrando mais adaptadas ao ambiente e começando a prevalecer sobre a forma inicial do vírus.

401. Naturalmente, como o Brasil tem sido um dos focos da pandemia de Covid-19 no mundo,

muitas mutações vêm ocorrendo ao longo da cadeia de transmissão do vírus Sars-CoV-2, no entanto, forçoso registrar que a maioria das mutações não foram capazes de afetar a virulência do vírus (capacidade de se multiplicar dentro de um organismo, provocando doença). Todavia, conforme já amplamente noticiado, atualmente tem-se a informação da circulação no Brasil da variante de preocupação (VOC – *variant of concern*), denominada P.1 (também conhecida como Brasileira ou Manaus) e as variantes de interesse (VOI) denominadas P.2 (também chamada de Rio de Janeiro) e N.9 (conhecida também como São Paulo).

402. Cabe aqui registrar que são consideradas Variantes de Preocupação as mutações com múltiplas mutações na proteína S, enquanto as Variantes de interesse (VOI) são aquelas que possuem apenas uma mutação na proteína S. Dessa forma, em virtude das diversas mutações nas variantes VOC, estas tendem a ter maior poder de transmissibilidade, patogenicidade e capacidade de resistir a anticorpos previamente existentes. De acordo com o Boletim Epidemiológico 52 do Ministério da Saúde, atualmente temos três variantes de preocupação no mundo: B.1.1.7 (também conhecida como variante Britânica), B.1.351 (também chamada de variante da África do Sul) e P.1 (também conhecida como Brasileira ou Manaus)

403. A variante P.1 foi inicialmente identificada pelo Japão, em 6/1/2021, após quatro pessoas ingressarem no país, vindos do estado do Amazonas, quatro dias antes. A P.1 tem três principais mutações genéticas que causam mais preocupação aos cientistas:

- N501Y – alteração genética da proteína da espícula do coronavírus. Essa mutação permite que o vírus se encaixe de forma mais firme nas células humanas, aumentando a contagiosidade;
- E484K – mutação na proteína da espícula do vírus. Em testes de laboratório, essa mutação tornou o vírus mais resistente a anticorpos. Tal mutação pode ser uma das responsáveis pelo aumento dos casos de reinfecção;
- K417T/K417N – mutação que permite o melhor encaixe do vírus nas células, aumentando o contágio.

404. Em estudo realizado em dezembro/2020, de 31 genomas sequenciados, coletados entre 15 e 23/12/2020, no estado do Amazonas, a variante P.1. foi identificada em treze sequenciamentos, 42% do total. Este mesmo estudo também trouxe a informação de que entre março/2020 e novembro/2020 esta variante não havia sido encontrada, o que corrobora as hipóteses de transmissão local e recente aumento da frequência dessa variante (<https://virological.org/t/genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-manaus-preliminary-findings/586>).

405. O Boletim Epidemiológico 52, divulgado pelo Ministério da Saúde, relata que 334 casos de variantes de preocupação foram identificados no Brasil no período de 9/1/2021 a 27/2/2021 e que, desses 334 casos, 299 casos foram da variante P.1., demonstrando, mais uma vez, a sua prevalência no Brasil. É possível observar a distribuição dos casos identificados, conforme figura abaixo:

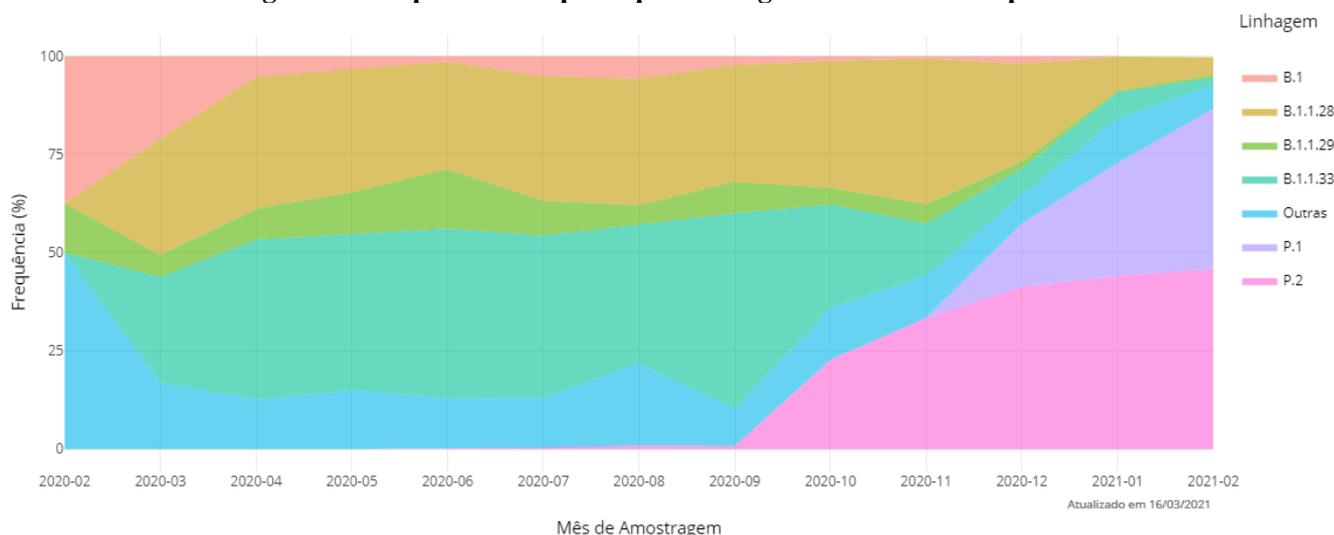
Figura 4: Casos de variantes de preocupação no Brasil, por unidade da federação – Até 1/3/2021

UF	VOC P1	VOC B.1.1.7	Total UF
Alagoas	2	-	2
Amazonas	60	-	60
Bahia	11	6	17
Ceará	3	-	3
Espírito Santo	3	-	3
Goiás	20	2	22
Maranhão	1	-	1
Minas Gerais	7	13	20
Pará	11	-	11
Paraíba	69	-	69
Paraná	20	2	22
Piauí	1	-	1
Rio de Janeiro	9	1	10
Rio Grande do Norte	15	-	15
Rio Grande do Sul	9	-	9
Roraima	7	-	7
Santa Catarina	8	-	8
São Paulo	41	11	52
Sergipe	1	-	1
Tocantins	1	-	1
Brasil	299	35	334

Fonte: Boletim Epidemiológico 52 – Ministério da Saúde

406. A Fiocruz, por sua vez, mantém uma página na internet, na qual contabiliza os resultados dos sequenciamentos genômicos realizados. Na figura abaixo, é possível verificar a frequência de identificação das principais linhagens do Sars-CoV-2 por mês (<http://www.genomahcov.fiocruz.br/frequencia-das-principais-linhagens-do-sars-cov-2-por-mes-de-amostragem/>).

Figura 5: Frequência das principais linhagens do Sars-Cov-2 por mês



Fonte: <http://www.genomahcov.fiocruz.br/frequencia-das-principais-linhagens-do-sars-cov-2-por-mes-de-amostragem/>

407. De acordo com a figura acima, atualmente, a variante com maior frequência no Brasil é a P.2, com 45,9% de prevalência em fevereiro/2021, seguida da variante P.1 com 40,73%, que mostra estar em uma curva ascendente de prevalência entre as variantes encontradas no país. Registra-se que, conforme o sítio da Fiocruz, até o presente momento, foram realizados e depositados no banco de dados da Fundação 5.553 sequenciamentos.

408. Ainda não há comprovação científica, mas com base nas alterações genéticas ocorridas na mutação P.1., os cientistas acreditam que essa nova variante tem maior transmissibilidade, visto a sua maior capacidade de multiplicação, bem como seu perfil antigênico, o qual pode afetar a habilidade dos anticorpos gerados em infecções prévias ou por vacinação em reconhecer e neutralizar os vírus, podendo

estar associada a casos mais graves, além de situações de reinfecções.

409. Essas alterações na variante P.1. podem estar relacionadas ao aumento de pessoas mais jovens desenvolvendo quadros graves da doença e também pelo surgimento da chamada segunda onda no Brasil, com alto índice de contaminações e mortes, até o momento deste relatório (com mais de 331.433 óbitos confirmados e mais de 12,9 milhões de casos desde o início da pandemia) e média móvel de quatorze dias de 2.670 óbitos, a maior desde o início da pandemia, conforme o sítio do Ministério da Saúde - <https://covid.saude.gov.br/>, acessado em 5/4/2021.

410. Diante desse contexto ameaçador, a equipe do acompanhamento analisou a atuação do Ministério da Saúde no tocante à identificação de variantes do vírus Sars-CoV-2. Assim, foram feitas reuniões com o MS e com pesquisadores da Fiocruz, além de requisição de informações, por meio do Ofício de Requisição 29 (peça 342), respondido pelo Ministério por meio do Ofício 117/20201/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS (peça 362).

411. O MS informou que o sequenciamento genético é realizado, desde o início da pandemia, pela Fiocruz, Instituto Adolfo Lutz e Instituto Evandro Chagas. A realização desses sequenciamentos possibilita sugerir se as mutações identificadas possuem diferentes patogenicidade e transmissibilidade, além de direcionar medidas terapêuticas, diagnósticas ou ainda contribuir no entendimento da resposta vacinal.

412. Nesse contexto, o MS informou que está implantando a Rede Nacional de Sequenciamento Genético para Vigilância em Saúde, a qual, inicialmente, é composta por quatro laboratórios de referência, e que a rede será ampliada para os Lacens, de acordo com a disponibilidade de recursos e capacidade técnica local. Para o projeto piloto serão sequenciadas 1.200 amostras de Sars-CoV-2 de todo o território brasileiro.

413. O MS informou que, após a realização do sequenciamento, é realizada a notificação compulsória imediata, em até 24 horas, das variantes de preocupação para Sars-CoV-2 e que deve ser implementada a investigação retrospectiva, de modo que a vigilância deve vincular este resultado ao paciente, fazendo toda a investigação epidemiológica, com a caracterização do histórico de viagem, quadro clínico, desfecho, bem como rastreamento dos contatos, residentes na mesma casa, com o intuito de buscar casos secundários, caracterizando a cadeia de transmissão.

414. O MS esclareceu que não existem orientações ou planos de comunicação distintos para a população em relação às novas variantes. Já para as autoridades de vigilância em saúde locais, o MS orienta a adoção das seguintes medidas:

- alertar as pessoas provenientes de áreas com incidência significativamente mais elevada das variantes (VOC) para o reforço na adoção das medidas de prevenção;
- realizar vigilância laboratorial com planejamento de sequência direcionada e representativa de casos comunitários, para detectar precocemente e monitorar a incidência da variante;
- intensificar o acompanhamento dos resultados de indivíduos com ligação epidemiológica a áreas com incidência significativamente mais elevada da variante, em especial quando for realizado sequenciamento das amostras de tais casos;
- intensificar o rastreamento de contatos e o isolamento de casos suspeitos e confirmados da variante;
- recomendar que se evitem todas as viagens não essenciais, em particular para áreas com uma incidência significativamente elevada da variante; e
- notificar imediatamente possíveis casos de reinfecção.

415. Questionado a respeito de eventuais ações e iniciativas destinadas a impedir a entrada e a disseminação de novas variantes, o MS informou que, além das ações que já vem sendo adotadas, foram adotadas ações específicas como: fechamento das fronteiras nacionais para os países onde há circulação de novas estirpes (por exemplo, Reino Unido); exigência do preenchimento de uma Declaração de Saúde do Viajante (DSV); e a obrigatoriedade de apresentação de testes RT-PCR negativo para Sars-CoV-2,

que, apesar de não terem o objetivo de identificar variantes, auxiliam no controle da disseminação do vírus de uma forma geral.

416. Aqui cabe esclarecer que a restrição à entrada de estrangeiros ocorreu com a Portaria Interministerial 652/2021. Há que se criticar, neste ponto, o fato de que a restrição de entrada de pessoas oriundas de países com focos de variantes de preocupação ou a exigência de testes RT-PCR ocorreu demasiadamente tarde, haja vista que diversos países, desde o início da pandemia, fecharam suas fronteiras e/ou passaram a exigir testes para viabilizar a entrada no país, tais como Nova Zelândia e EUA.

417. Hoje, tem-se que 40,73% das amostras sequenciadas se referem à variante P.1., conforme Boletim Epidemiológico 52 do Ministério da Saúde:

As Secretarias de Saúde, das UF, juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, estão realizando investigação epidemiológica dos casos de covid-19 que tiveram resultado para SARS-CoV-2 confirmado para VOC. Na Tabela 20, observa-se que entre os 299 casos de VOC P.1, 64,9% (194) são de casos importados, provenientes de locais com circulação da P.1 ou de casos que tiveram vínculo com alguém que esteve nessa área de circulação com P.1; 12,3% (37) sem vínculo com área de circulação de VOC; 5,4% (16) de casos sem identificação do vínculo, pois não foi possível identificá-lo; e 17,4% (52) com investigação epidemiológica em andamento. Em relação aos 35 casos de VOC B.1.1.7, do Reino Unido, 25,7% (9) são de casos importados, provenientes de locais com circulação da B.1.1.7 ou de casos que tiveram vínculo com alguém que esteve nessa área de circulação com B.1.1.7; 22,9% (8) sem vínculo com área de circulação de VOC; 14,3% (5) de casos sem identificação do vínculo; e 37,1% (13) com investigação epidemiológica em andamento. A especificação do número de casos por tipo de vínculo epidemiológico e UF está presente na Tabela 20.

418. A partir da reunião com pesquisadores da Fiocruz e da leitura de artigos, a exemplo do *Staying Ahead of the Variants: Policy Recommendations to Identify and Manage Current and Future Variants of Concern* publicado pela Johns Hopkins (disponível em https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2021/20210216-covid19-variants.pdf), ficou evidente a importância da chamada epidemiologia genética, ou seja, a análise epidemiológica a partir dos dados de sequenciamento genético. Com essa estratégia, é possível monitorar as mudanças do vírus pelo tempo, incluindo a detecção de novas variantes de preocupação, além da análise dos possíveis novos sintomas advindos de novas variantes. De acordo com o artigo, esta prática permitiu, por exemplo, aos cientistas britânicos a identificação da variante britânica, quando sua circulação ainda era restrita, e viabilizou o rastreamento da progressão da variante, permitindo fornecer importantes informações para as autoridades públicas para a adequada modulação da resposta.

419. A investigação epidemiológica genética pode, ainda, trazer informações a respeito do funcionamento das vacinas (se será eficaz ou não contra determinadas variantes), suspensão de atividades específicas – a informação sobre a patogenicidade (capacidade de o agente biológico causar doença em um hospedeiro susceptível) das variantes, caso uma nova variante seja mais contagiosa e patogênica em crianças pode, por exemplo, orientar a decisão de fechar escolas ou não. Dessa forma, o trabalho laboratorial deve andar bem próximo ao serviço de vigilância em saúde.

420. Nesse contexto, de acordo com o artigo citado, o Reino Unido atualmente vem sequenciando 9.900 amostras por semana, algo em torno de 6% a 8% dos seus casos positivos para Covid-19. Por sua vez, a Dinamarca, outro país líder em vigilância genômica, vem sequenciando aproximadamente 12% dos casos positivos.

421. Comparativamente, o Brasil, conforme dados da Fiocruz, fez até o momento 5.500 sequenciamentos genéticos de Covid-19, ou seja, apenas 0,046% do total de casos confirmados. Em outras palavras, o Reino Unido sequenciou em uma semana quase o dobro do que o Brasil sequenciou em um ano de pandemia. Corrobora tal fato a informação obtida pela equipe de fiscalização, em reunião com o MS, de que cada Lacen encaminha, regularmente, dez amostras por mês para os laboratórios de

referência, ou seja, em um mês são sequenciadas apenas 270 amostras.

422. Dificulta ainda mais a vigilância epidemiológica genética realizada no Brasil o fato de que o sequenciamento genético aqui realizado, conforme informado pelo MS, leva em torno de quinze dias após o recebimento da amostra pelo laboratório de referência até o resultado do sequenciamento. A título de referência, o Japão levou quatro dias desde o ingresso de pessoas vindas do Brasil e a realização dos testes até o resultado do sequenciamento genético que levou à descoberta da variante brasileira (P.1.).

423. Importante trazer aos autos a informação de que as mutações virais, a depender do tipo de mutação, podem ocasionar a ineficácia vacinal, o que explica porque todos os anos no Brasil ocorre a campanha de vacinação contra o vírus da *influenza*, por exemplo.

424. Ainda, existe a preocupação de que as vacinas adquiridas e a serem adquiridas pelo Brasil podem não ser totalmente eficazes contra as novas variantes do Sars-CoV-2. Não obstante, entre as vacinas já contratadas pelo governo brasileiro, conforme informado no ofício encaminhado pelo MS, a vacina da AstraZeneca mostrou-se eficaz em testes contra a variante P.1.

425. Por sua vez, o governo de São de Paulo também já anunciou que, em um estudo prévio, com 35 participantes vacinados na fase III, a vacina Coronavac mostrou-se efetiva contra as novas variantes.

426. A farmacêutica Janssen, com quem o MS assinou contrato para a aquisição de 38 milhões de doses de vacina, também anunciou que o seu imunizante tem eficácia de 87% contra a variante brasileira (P.1.). No mesmo sentido, pesquisas recentes também mostram que a vacina fabricada pela Pfizer é eficaz contra as variantes do Brasil e Reino Unido, ambas em circulação no Brasil.

427. Importante ressaltar que todos os estudos ainda são prévios e preliminares, de modo que ainda são necessários estudos mais completos para comprovar a eficácia ou não das vacinas supracitadas.

428. **Diante de todo o exposto, propõe-se, com base no regramento constante no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, recomendar ao Ministério da Saúde que avalie a conveniência e a oportunidade de ampliar a quantidade de sequenciamentos genéticos de amostras positivas para o vírus Sars-CoV-2, estabelecendo: metas progressivas de aumento da quantidade de sequenciamentos genéticos, com a respectiva previsão de atingimento; redução do tempo total de processo de sequenciamento genético; previsão orçamentária; inclusão de novos laboratórios para a realização dos sequenciamentos ou ampliação da capacidade dos atuais laboratórios responsáveis pelos sequenciamentos. As medidas adotadas deverão ser informadas ao Tribunal, no prazo de quinze dias.**

429. Apresentada a proposta de determinação aos representantes do MS, estes alegaram: que a recomendação entraria na área de gestão do próprio MS; que a realização de sequenciamentos genéticos é uma atividade cara e que demanda pessoas especializadas para ser executado; que já está em implantação a Rede Nacional de Sequenciamento, com o objetivo de realizar 1.200 sequenciamentos genéticos (não foi informado em quanto tempo) em quatro laboratórios e que outros Lacens serão incluídos; e que a recomendação poderia gerar um risco de imagem para o MS, caso o contexto seja deturpado pela imprensa.

430. A alegação de que o TCU estaria adentrando em atividade discricionária do MS não merece prosperar, visto que a recomendação objetiva, dentro dos limites constitucionais das atribuições do TCU, apresentar oportunidades de melhoria, com a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento da gestão, sem ditar como o MS deve atuar.

431. A proposição desta recomendação se baseia em *benchmarking* de atividades realizadas por outros países, os quais vêm realizando um número centenas de vezes maior de sequenciamentos genéticos para casos confirmados de Sars-Cov-2 do que o Brasil, de modo que os países citados neste relatório vêm apresentando mais sucesso no combate à pandemia que o Brasil, logicamente sem desconsiderar que também adotaram outras ações.

432. Quanto ao fato de o sequenciamento genômico ser uma atividade altamente especializada e onerosa, esta fiscalização propôs que o MS elabore planejamento orçamentário-financeiro das possíveis despesas a serem realizadas para o enfrentamento da pandemia. O adequado planejamento orçamentário facilita a alocação de recursos e a priorização de despesas.

433. Por último, não cabe ao TCU abster-se de sua função constitucional de contribuir para a melhoria das políticas públicas em virtude de receio do órgão de possível distorção da recomendação pelos órgãos da imprensa. Também não se desconhece que a Resolução-TCU 315/2020 estipula, em seus “considerandos”, a importância de se formular deliberações racionais, viáveis, claras, objetivas, que possam culminar em resultados efetivos para a administração pública ao menor custo possível. No caso concreto, ainda que se saiba que o custo dos sequenciamentos não é baixo, reputa-se que o resultado potencial dessa ação o supere, a se considerar os custos que podem ser evitados se ações forem adotadas com o resultado do sequenciamento. Com o plano de ação, o Ministério da Saúde poderá formular estratégias e cenários, decidindo conforme os resultados se apresentarem.

434. Diante de todo o exposto e considerando, ainda, o informado pelo MS que já estão em andamento ações com o intuito de incrementar o quantitativo de sequenciamentos genômicos realizados no Brasil para o vírus Sars-Cov-2, opta-se pela manutenção da recomendação proposta.

435. Com relação à divulgação das informações acerca das novas variantes, entende-se que essa divulgação somente por meio dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, além de não alcançar a maior parte da população brasileira, pois restringe-se àqueles que já estão em busca de informações relativas ao assunto, não alerta sobre os riscos representados pelas mutações do Sars-CoV-2.

436. Entende-se necessário que a população seja informada clara e diretamente acerca da possível maior transmissibilidade da nova variante do Sars-CoV-2, da possibilidade de reinfeção pelo vírus e dos riscos que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas. O aprimoramento da política de comunicação do Ministério em relação à pandemia, tal como proposto no tópico II. Governança e planejamento, abarca também a comunicação acerca das novas variantes e dos seus riscos.

IX. BALANÇO DO PRIMEIRO ANO DE COVID-19 NO BRASIL

437. Em dezembro de 2019 um vírus – posteriormente designado Sars-CoV-2 – foi identificado em Wuhan, capital da província de Hubei, na China, e colocou o mundo em alerta. Em março daquele ano, a OMS declarou situação pandêmica mundial em decorrência da doença causada por esse vírus (*Coronavirus Disease 2019 – Covid-19*), induzindo os países a adotarem um conjunto de estratégias, a exemplo de políticas de detecção e isolamento, treinamento dos profissionais de saúde, organização dos serviços de saúde, para reduzir o seu impacto.

438. No Brasil, os primeiros atos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao surgimento do Sars-CoV-2 datam de janeiro de 2020, a exemplo de solicitação de esclarecimentos à OMS (3/1/2020), implementação do Conselho de Monitoramento de Eventos do Ministério da Saúde (10/1/2020), divulgação do primeiro boletim epidemiológico (16/1/2020), acionamento do Comitê de Operações de Emergência (22/1/2020).

439. No final daquele ano, a incidência da doença no Brasil e no mundo, segundo especialistas, deu sinais de evoluir para um nível endêmico, com elevadas perdas econômicas e sociais. Foram registradas aproximadamente 200 mil mortes por Covid-19, houve uma retração do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil de aproximadamente 4,1% (segundo estimativa do IBGE), níveis recordes de desemprego, superlotação e falta de insumos em várias unidades de saúde, bem como com a suspensão de diversas atividades econômicas e educacionais.

440. Dados consolidados até 31/12/2020, obtidos das Secretarias Estaduais de Saúde, indicam que naquele ano houve 194.949 mortes no Brasil por Covid-19. Tal número é bem próximo do registrado nos Cartórios de Registro Civil do Brasil: 196.952. Os dados de natureza cartorial também demonstraram

que a Covid-19 foi responsável por aproximadamente 14% do total de óbitos ocorridos no país em 2020 (1.365.584 óbitos).

441. Os números de óbitos em registros cartoriais ainda mostram que entre 2019 e 2020 o registro total de mortes por doenças no aparelho respiratório aumentou em 157.976 e por doenças cardiovasculares em 175.009. Esses números indicam que, embora inequivocamente o vírus tenha aumentado o número de óbitos no Brasil, em alguns casos a Covid-19 pode não ter sido a principal causa da morte, tendo influenciado em óbitos causados por outras doenças.

442. Conforme ponderado pelo Conass, em painel que trata de óbitos esperados e observados, a infecção por Sars-Cov-2 não é necessariamente a causa direta do excesso de mortalidade em 2020 com relação a 2019, podendo também ser um efeito indireto da pandemia, com mortes, por exemplo, pela sobrecarga nos serviços de saúde, pela interrupção de tratamento de doenças crônicas ou pela resistência de pacientes em buscar assistência à saúde pelo medo de contrair a Covid-19.

443. Importante registrar que excesso de mortes é o número de óbitos superior ao esperado para o período levantado, levando em conta uma séria histórica.

444. Ademais, é importante considerar que as mortes registradas nos cartórios de registro civil podem estar subnotificadas em relação às Declarações de Óbitos (DO), que embasam o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do governo federal. Dados de 2020 das Declarações de Óbitos são preliminares e não tinham sido divulgados pelo Ministério da Saúde, até a data de fechamento deste relatório, contudo, observou-se que em 2019 foram emitidas 1.349.802 declarações de óbitos, enquanto foram registradas 1.174.258 nos cartórios de registro civil (o que indica uma subnotificação de cerca de 15%).

445. Assim, apesar da possível subnotificação de casos e da possibilidade da Covid-19 ter influenciado óbitos registrados como causados por outras doenças, é inegável que a Covid-19 foi diretamente responsável pela perda de inúmeras vidas no Brasil, as quais se deram de modo muito heterogêneo dentro do território nacional.

446. A título comparativo, a taxa de mortalidade de Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020 no Brasil foi 92,8, mas dentro dos municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes, essa mesma taxa oscilou entre 28,4 e 221,2. Se considerarmos as taxas de casos confirmados de Covid-19 por 10.000 habitantes, essa variação é ainda maior, oscilando entre 105,3 e 1.426,6.

447. A dinâmica federativa do Brasil, e do próprio SUS, fez com que coexistissem no território nacional diversas realidades e estratégias de combate à pandemia. A tal realidade aliou-se uma atuação governamental confusa, marcada pela falta de consenso sobre as estratégias mais adequadas para minimizar o impacto da situação emergencial vivenciada no país.

448. Nesse contexto, este capítulo do relatório buscou, por meio de cruzamento de diversas bases de dados, fazer uma retrospectiva do primeiro ano da pandemia no Brasil, de modo a identificar padrões que possam indicar porque alguns municípios foram mais bem sucedidos no combate à pandemia, lições a serem aprendidas e reflexões sobre o sistema público de saúde, de modo a contribuir com a sustentabilidade financeira do SUS, bem como maximizar a eficiência dos serviços prestados, objetivos estratégicos do Plano de Gestão TCU 2025.

449. Os resultados apurados devem ser vistos com cuidado, pois as unidades federadas do Brasil enfrentam diferentes estágios da pandemia e possuem diferentes condições ambientais, estruturais e socioeconômicas, que podem resultar em diferentes padrões pandêmicos. Ademais, pode haver subnotificações e dados incompletos; entes federados que eventualmente tenham melhores indicadores podem não ser necessariamente os que apresentaram melhor gestão da pandemia, no período analisado.

450. É importante ressaltar que os dados são referentes ao ano de 2020, o primeiro ano da pandemia no Brasil, ou seja, tem-se um cenário apenas parcial. Todas as análises são comparativas, identificando os dados de estados e municípios em relação aos seus respectivos pares. Análises foram

feitas em âmbito global (com dados de todas as unidades federadas) e, por questões didáticas, esclarecimentos metodológicos, bem como eventuais limitações serão expostos no transcorrer do relatório.

451. As análises aqui trazidas partiram de dados de acesso público, sendo passíveis de serem replicadas por qualquer cidadão, e buscam fomentar discussões, entre gestores públicos e na sociedade civil, além de poder eventualmente subsidiar a adoção de estratégias que possibilitem lidar com pandemias com maior eficiência alocativa e sem comprometer a sustentabilidade financeira do sistema.

Atenção Primária em Saúde

452. A Atenção Primária à Saúde (APS), tida como a porta de entrada do SUS, é caracterizada pela oferta de um conjunto de ações individuais e coletivas com o intuito de promover a saúde das pessoas e prevenir agravos, com ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. De acordo com diretrizes do Ministério da Saúde, pretéritas à pandemia, é nesse nível de atenção que se encontra o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS.

453. Embora não existam estudos conclusivos sobre a capacidade de um sistema de atenção básica eficiente para prevenir hospitalizações ou óbitos por infecções pelo vírus Sars-CoV-2 (práticas preventivas reconhecidas pela OMS se focam na vacinação, higienização e no distanciamento social), um sistema de atenção primária eficiente pode ajudar a prevenir condições de saúde como hipertensão, diabetes e obesidade, que são fatores de risco para infecções graves de Covid-19 e que atingem especialmente idosos.

454. A título exemplificativo, de acordo com dados da Central de Regulação de Dados Civil, aproximadamente 78,3% dos mortos por Covid-19 são idosos (pessoas com mais de 60 anos), e, quando da apresentação do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), em 2018, o Ministério da Saúde destacou que cerca de 25,1% dos idosos têm diabetes, 18,7% são obesos, 57,1% têm hipertensão e 66,8% têm excesso de peso. Essas condições são sensíveis à atenção básica.

455. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo que, para o Ministério da Saúde, a principal delas a Estratégia Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que se a pessoa necessitar de um cuidado de maior complexidade, a ESF fará o encaminhamento.

456. De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como a falta de atividade física e a má alimentação, tendo como resultado a resolução de diversos problemas na atenção básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade. O Ministério da Saúde estimou que a atenção primária resolve 80% dos problemas de saúde da população, a um custo comparativamente baixo (fonte: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8119>).

457. Nesse contexto, a primeira dimensão analisada no balanço do primeiro ano da pandemia de Covid-19 no Brasil foi o impacto dos investimentos em atenção primária no controle da situação emergencial. Buscou-se saber se a cobertura da Estratégia Saúde da Família, com base em dados do histórico de cobertura da atenção básica disponíveis na plataforma e-Gestor (Informação e Gestão da Atenção Básica), teve alguma repercussão na ação governamental de combate à pandemia.

458. Para tal, extraiu-se o percentual da população coberta pela ESF em cada um dos municípios em cada mês do exercício de 2020. Conforme dados da Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGMATP/SAPS), calculou-se a média de cobertura de cada um desses municípios e cruzou-se com o número de óbitos por Covid-19 por 100 mil habitantes de cada um dos municípios, a partir de dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e consolidados pelo Ministério da Saúde até

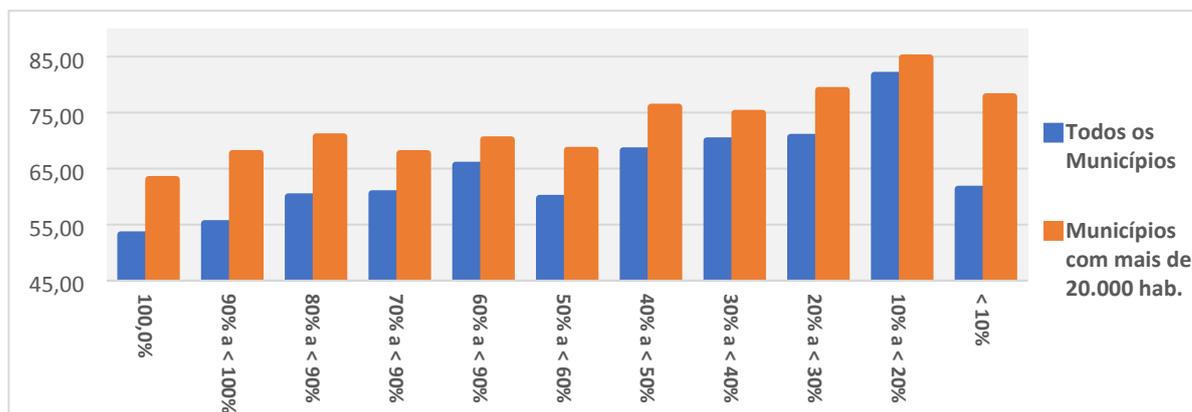
31/12/2020 e a partir das estimativas populacionais do IBGE para 2020.

459. No geral, constatou-se que os municípios com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família tiveram menores taxas de mortalidade por Covid-19 em comparação com aqueles com baixa cobertura da ESF, o que é um indicativo de que, embora não haja tratamento comprovadamente eficaz contra a Covid-19 – e o principal foco das atenções tenha sido a estrutura hospitalar –, as ações realizadas no âmbito da ESF podem ter tido um papel positivo no combate à pandemia no Brasil.

460. O gráfico abaixo apresenta tanto dados gerais (com todos os 5.570 municípios do Brasil), bem como dados dos municípios brasileiros que possuem população superior a 20 mil habitantes. Optou-se por excluir os municípios com população inferior a 20 mil habitantes pelo fato de eles terem sido menos impactados pelo primeiro ano da Covid-19 no Brasil e pelo fato de serem muito numerosos, mas concentrarem apenas pequena parcela da população brasileira.

461. É importante destacar que projeções populacionais realizadas pelo IBGE e utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), tendo como referência 1/7/2020, indicam que 3.782 dos 5.570 municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes (67,9% do total). Não obstante, concentram apenas 15% da população brasileira.

Gráfico 6: Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em Relação à Cobertura da Estratégia Saúde da Família em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020
- **Eixo das abscissas (X):** Média da Cobertura da Estratégia Saúde da Família em 2020

Fonte: e-Gestor, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

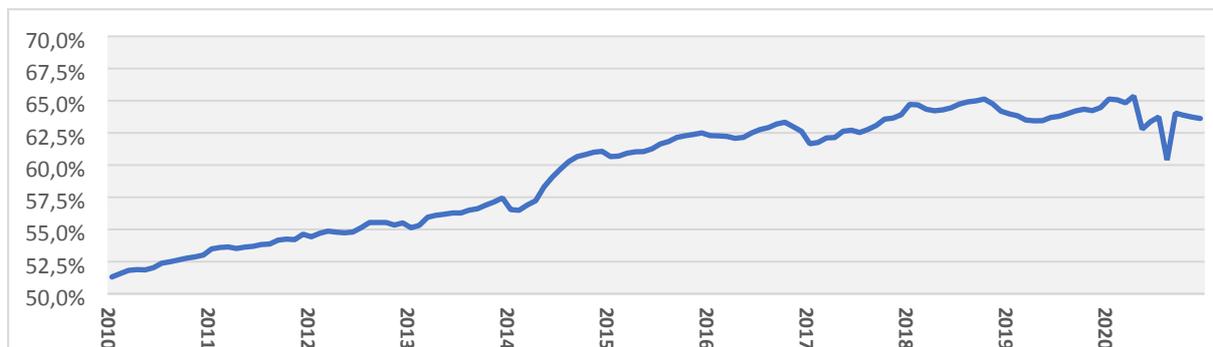
462. Conforme se observa no gráfico, chama a atenção que os municípios com menos de 10% de cobertura da ESF registraram menos mortes por Covid-19 que os que possuem cobertura entre 20% e 50%. Tal constatação, possivelmente, decorreu da influência dos municípios de pequeno porte, que foram proporcionalmente menos afetados pela Covid-19 em 2020. Quando excluídos os municípios com menos de 20.000 habitantes da análise (58,7% dos que possuem cobertura inferior a 10%), a taxa de mortalidade passou de 61,4 para 77,9.

463. Não foi possível precisar de que modo uma maior cobertura da ESF pode ter contribuído para menores taxas de mortalidade por Covid-19. A rigor, pode ter sido decorrência de uma menor prevalência de fatores de risco (como hipertensão e obesidade) nas populações assistidas, pode ter decorrido de um encaminhamento tempestivo das populações para as unidades especializadas, em caso de complicações, como também pode ser resultado de eventuais tratamentos oferecidos pelos próprios profissionais que atuam na ESF, dentre outras causas.

464. Mesmo observando, em média, menores taxas de mortalidade por Covid-19 em municípios com maior cobertura da ESF, a nível nacional, as taxas médias de cobertura da ESF permanecem praticamente estáveis desde 2018, após períodos de sucessivas altas. Após atingir a cobertura máxima histórica de 65,36% em abril de 2020, houve quedas bruscas em maio e julho daquele ano, fechando-se

2020 com 63,62% (inferior à cobertura de janeiro de 2018, de 64,71%).

Gráfico 7: Evolução da Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil

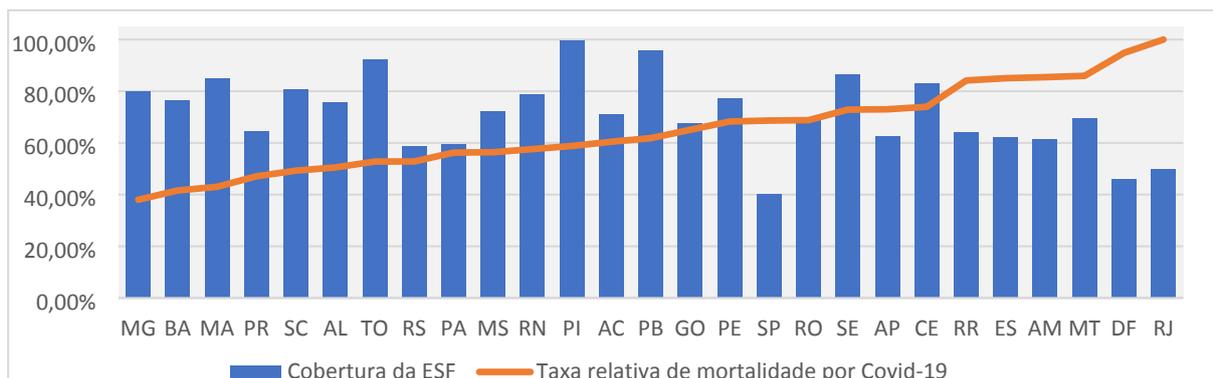


Fonte: e-Gestor. Dados obtidos em 2/3/2021.

465. Considerando-se dados agregados dos Estados e do Distrito Federal, também é perceptível um certo grau de correlação entre a média de cobertura da ESF em 2020 e as taxas de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes até 31/12 daquele ano. A título comparativo, Rio de Janeiro e Distrito Federal (DF), que tiveram as piores taxas de mortalidade por Covid-19 em 2020, apresentaram duas das três piores coberturas da ESF (50,1% e 46,2%, respectivamente). Por outro lado, Minas Gerais, Bahia e Maranhão, que tiveram as menores mortalidades pelo vírus, estão entre os dez Estados com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família.

466. No geral, a cobertura da ESF oscilou entre 99,7% no Piauí e 40,4% em São Paulo, com média de 71,5% e desvio-padrão de 14,4%. Já as taxas de mortalidade por Covid-19 oscilaram entre 147 e 55,9 por 100 mil habitantes, com a média de 95,3 e desvio-padrão de 23,8. Para propiciar uma melhor visualização, a mortalidade apresentada no gráfico abaixo foi apurada de modo relativo, em que a maior taxa (147,0098, do Rio de Janeiro) correspondeu a 100% e todas as demais foram calculadas em relação a essa.

Gráfico 8: Cobertura da Estratégia Saúde da Família nos Estados em relação às Taxas de Mortalidade por Covid-19 por UF em 2020



Fonte: e-Gestor, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

467. Uma segunda perspectiva para avaliar o impacto da Atenção Primária em Saúde na pandemia de Covid-19 foi a financeira, considerando os valores aportados pelos municípios em atenção básica. Para tal, utilizou-se os dados informados pelos respectivos entes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

468. Análises sobre o Siops e a pandemia de Covid-19 já foram realizadas no terceiro ciclo deste acompanhamento, que embasou o Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler. Trata-se de um sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, Estados, DF e Municípios, com registro e atualização obrigatórias por força do § 1º, inciso I, do art. 39 da Lei Complementar 141/2012, c/c art. 52 da Lei

Complementar 101/2000 e arts. 12 e 15 da Portaria GM/MS 53/2013.

469. Embora a referida legislação preveja que os entes subnacionais devem transmitir os dados do Siops bimestralmente, em até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, na data de extração dos dados, alguns municípios ainda não tinham dados informados, razão pela qual optou-se por utilizar os dados de 2019, para se ter uma visão completa dos 5.569 municípios do Brasil. Assim, observa-se como era a estrutura dos gastos dos entes antes de a pandemia começar e de que forma essa estrutura lidou com a Covid-19.

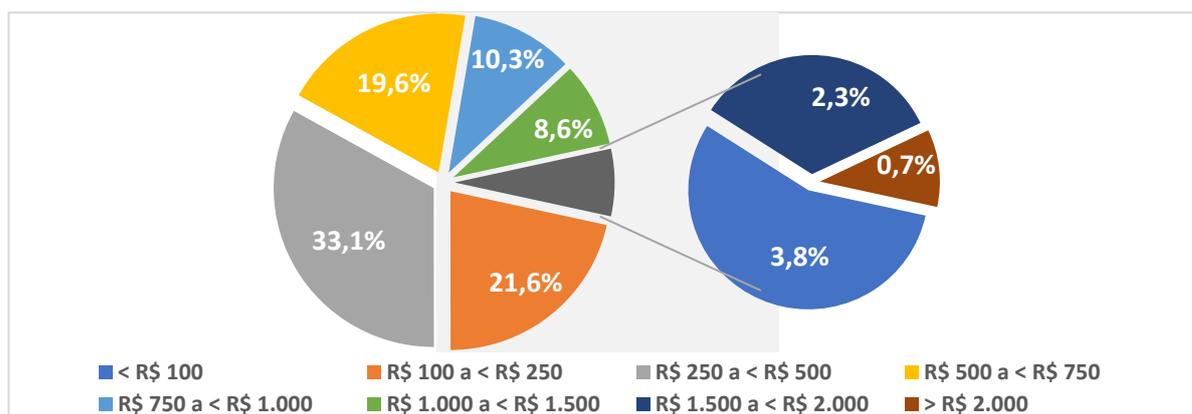
470. Esclareça-se que, embora a ilha de Fernando de Noronha, em Pernambuco, seja contabilizada nas estimativas do IBGE como município, totalizando 5.570 municípios no país, na prática é um distrito estadual e não consta da base de dados do Siops (razão pela qual totalizaram 5.569 municípios).

471. Para se filtrar os dados da Atenção Primária em Saúde, extraiu-se do Siops o somatório de todas as despesas empenhadas no ano com códigos contábeis agregadores de corrente (3.0.00.00.00.00) e capital (4.0.00.00.00.00), na subfunção 301 (atenção básica), com as fontes recursos ordinários, receitas de impostos e transferências de impostos, transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes dos governos federal e estadual, transferências de convênios ou de contratos de repasse vinculados à saúde e operações de crédito vinculadas à saúde.

472. Tais registros indicaram que, em 2019, os municípios investiram R\$ 60,3 bilhões em atenção básica (atenção primária), sendo, aproximadamente, R\$ 22,5 bilhões oriundos de transferências de recursos federais e R\$ 1,2 bilhões de transferências de recursos estaduais. Em termos per capita, considerando as projeções populacionais realizadas pelo IBGE e utilizadas pelo TCU para determinação das cotas dos fundos de participação, tendo como referência 1/7/2019, tem-se uma média anual de investimento em APS de R\$ 287,11, o que equivale a R\$ 23,93 por mês.

473. Em termos individualizados, 1.843 municípios (33,1% do total) declararam ter investido entre R\$ 250,00 e R\$ 500,00 per capita em atenção básica. Verificou-se que 48 municípios declararam não ter empenhado recursos com atenção básica em 2019. No outro extremo, quarenta municípios (0,7% do total), todos com menos de 20 mil habitantes, informaram ter empenhado mais de R\$ 2.000,00 per capita.

Gráfico 9: Valores Per Capita Empenhados com Atenção Básica pelos Municípios em 2019



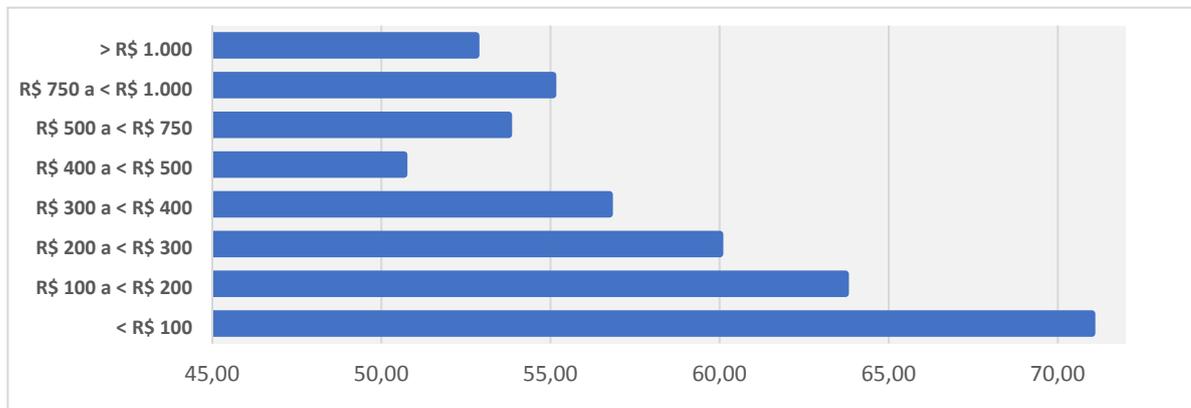
Fonte: Siops. Dados obtidos em 2/3/2021.

474. Ao se comparar os investimentos com atenção básica em 2019 com as taxas de mortalidade por Covid-19 por 10 mil habitantes em 2020, verifica-se uma tendência similar à apurada em relação às equipes de atenção básica: municípios que investiram mais em 2019 tenderam a ter uma menor mortalidade pela doença em 2020. Não se tem uma correlação linear, e, obviamente, é uma correlação que pode ser em parte explicada por outros fatores, mas que merece atenção dos gestores.

475. O gráfico a seguir demonstra que municípios que aplicaram menos de R\$ 100,00 per capita em atenção básica em 2019 apresentaram maiores taxas de mortalidade por Covid-19 em 2020 – média

de 71 por 100 mil habitantes –, ao passo que os municípios que aplicaram mais de R\$ 400,00 per capita, apresentaram média de 53,2, um valor 25,1% menor.

Gráfico 10: Recursos Per Capita Aplicados em Atenção Básica em 2019 em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 hab. em 2020



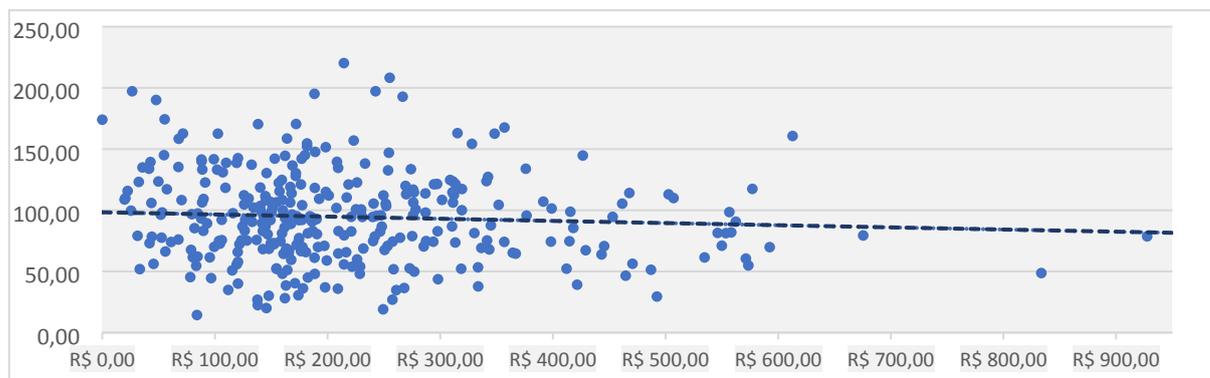
- **Eixo das ordenadas (Y):** Recursos Per Capita Aplicados em Atenção Básica em 2019
- **Eixo das abcissas (X):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

476. Para mitigar a influência dos municípios de menor população, que muitas vezes possuem dificuldades em alimentar corretamente os dados do Siops, bem como são os que possuem mais facilidade de investir elevados montantes em termos per capita, por terem pouca população, optou-se por fazer um gráfico de dispersão dos recursos transferidos para atenção básica (atenção primária) em relação às taxas de mortalidade por Covid-19 apenas dos entes de natureza municipal cuja estimativa populacional em 2020 foi de mais de 100 mil habitantes.

477. Apesar da grande dispersão nos pontos, que reflete as diferentes realidades vivenciadas pelos municípios, o gráfico a seguir indica uma linha tendência (destacada em azul marinho) que reforça a propensão – já indicada em gráfico anterior – de redução nas taxas de mortalidade por Covid-19 à medida em que se aumenta o investimento em atenção primária em saúde.

Gráfico 11: Dispersão dos Recursos Aplicados em Atenção Básica em 2019 nos Municípios com Mais de 100.000 Habitantes em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020 por 100.000 habitantes
- **Eixo das abcissas (X):** Recursos Per Capita Aplicados em Atenção Básica em 2019

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

Atenção Especializada

478. De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção especializada pode ser vista como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve a incorporação de processos de trabalho que demandam alta tecnologia e, em regra, alto custo, objetivando propiciar à população acesso a

serviços qualificados, realizados em âmbito ambulatorial ou hospitalar de média e alta complexidade.

479. A pandemia de Covid-19 trouxe especial atenção a esse nível de atenção, pois pacientes com estágio avançado da doença normalmente demandam leitos hospitalares, leitos de unidades de terapias intensivas e ventiladores pulmonares, gerando sobrecarga no sistema – tanto público como privado – e pressão para que gestores públicos ampliem a capacidade de atendimento, o que nem sempre é simples, ou adotem medidas restritivas cujos efeitos a longo prazo sobre a saúde coletiva e sobre a sustentabilidade da economia e do próprio SUS são incertos.

480. A insuficiência da oferta e o excesso de demanda por ações especializadas em âmbito hospitalar é um tema recorrente no Brasil. No primeiro Relatório Sistêmico da Saúde (FiscSaúde), apreciado há mais de sete anos, por meio do Acórdão 693/2014 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, foram constatados diversos problemas na assistência hospitalar, como a superlotação das principais emergências – em 64% das unidades hospitalares visitadas os gestores afirmaram que a taxa de ocupação da emergência sempre ultrapassava 100%.

481. A pandemia de Covid-19 representou uma enorme lupa sobre esses problemas. A alta transmissibilidade do vírus Sars-CoV-2 associada ao grande número de pessoas que desenvolvem a síndrome respiratória aguda grave fez com que mesmo unidades privadas de saúde enfrentassem problemas de capacidade para atender todos os pacientes que demandam esse tipo de atenção hospitalar, tornando todos os brasileiros, em certa medida, dependentes do SUS.

482. Nesse contexto, a segunda dimensão analisada no balanço do primeiro ano da pandemia de Covid-19 no Brasil foi o impacto dos investimentos em atenção especializada, especialmente em atenção hospitalar, no controle da situação emergencial vivenciada no Brasil. Para tal, utilizaram-se dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), bem como do Painel Covid, do IBGE e do Siops.

483. Os leitos hospitalares podem ser definidos em dois grandes grupos: de internação e complementares. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada 50/2002 da Anvisa, os leitos de internação são localizados num quarto ou enfermaria e vinculados a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender à ambiência hospitalar. Já os leitos complementares de internação são para pacientes que necessitem de atenção especializada com características especiais, tais como isolamento, isolamento reverso. Dentre esses, estão os leitos de terapia intensiva e semi-intensiva.

484. Extraindo-se a média de todos os leitos disponíveis para o SUS conforme dados do Cnes, a partir da média de número de leitos disponíveis em todos os meses de 2020, chegou-se a um número total de 349.374 leitos, o que equivale a aproximadamente 1,66 unidades por mil habitantes. Tais leitos estão concentrados especialmente no grupo de internação. Dentro do grupo de leitos complementares, o que mais se destaca são as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, mas há que se destacar que dentro desse grupo existem algumas unidades que são específicas para queimados e para pacientes com doenças coronarianas.

485. Dentro do grupo de leitos complementares, também se encontram as Unidades de Cuidados Intermediários (UCI), que visam ao atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte, mas que requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação da enfermaria e a UTI.

486. A partir de maio de 2020 surgiram unidades denominadas UTI Adulto Covid-19 e UTI Pediátrica Covid-19, que chegaram a totalizar mais de 10 mil leitos em julho de 2020, mas encerraram aquele ano com 8.988 e 94 unidades, respectivamente. Na tabela a seguir é apresentado um balanço geral dos leitos no Brasil. Para propiciar uma melhor visualização, as unidades com registro específico para Covid-19 foram agregadas nas UTIs Adulto e Pediátrica.

Tabela 10: Quantidade Média de Leitos Hospitalares no Brasil em 2020

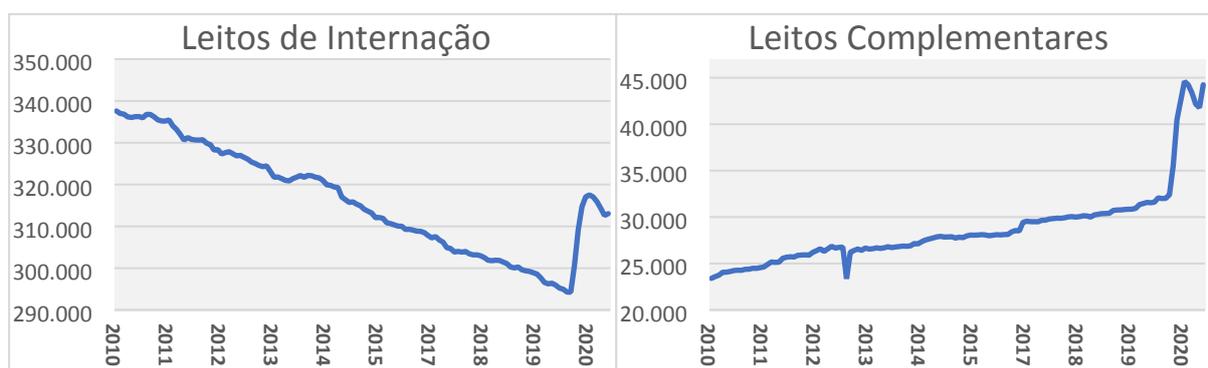
Leito Hospitalar	Tipo de Leito	Quantidade	Percentual
de Internação	Clínicos	125.312	35,87%
de Internação	Cirúrgicos	71.842	20,56%
de Internação	Obstétrico	38.542	11,03%
de Internação	Pediátrico	37.760	10,81%
de Internação	Psiquiátrico	18.878	5,40%
de Internação	Crônicos	8.582	2,46%
de Internação	Hospital/Dia	4.944	1,42%
de Internação	Acolh. Noturno	1.936	0,55%
de Internação	Tisiologia	1.288	0,37%
de Internação	Reabilitação	971	0,28%
Complementar	UTI Adulto	21.341	6,11%
Complementar	UTI Pediátrica	2.732	0,78%
Complementar	UTI Neonatal	4.881	1,40%
Complementar	UCI Adulto	1.550	0,44%
Complementar	UCI Pediátrica	206	0,06%
Complementar	UCI Neonatal	4.411	1,26%
Complementar	de Isolamento	4.198	1,20%

Fonte: Cnes. Dados obtidos em 2/3/2021.

487. Em termos históricos, observa-se que ao longo dos últimos dez anos houve uma diminuição contínua dos leitos de internação, ao passo que aumentaram os leitos complementares. Em janeiro de 2010, os leitos de internação disponíveis ao SUS eram 337.599, e em fevereiro de 2020 totalizavam 294.260 (redução de 12,8%). No que tange aos leitos complementares, em janeiro de 2010, totalizavam 23.401 e, em fevereiro de 2020, 32.016 (aumento de 36,8%).

488. A partir de fevereiro de 2020, como provável reflexo da pandemia, houve um incremento brusco e significativo, tanto de leitos de internação como de leitos complementares, que atingiram os respectivos níveis máximos de 317.527 e 44.602 em julho de 2020. Em dezembro de 2020, os leitos de internação tiveram uma sensível redução (313.038), ao passo que os complementares, embora também tenham sido reduzidos, ficaram mais próximos da estabilidade (44.242).

Gráfico 12: Evolução do Número de Leitos Hospitalares no Brasil em 2020



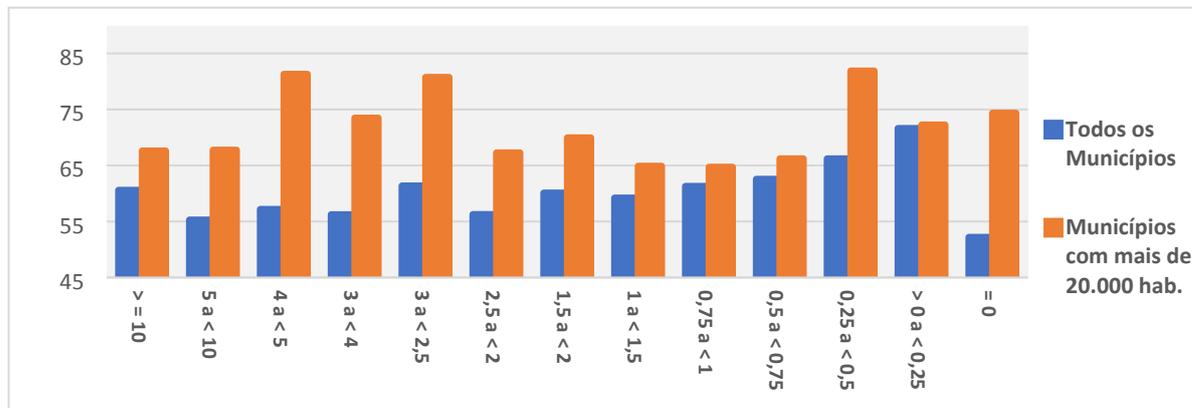
Fonte: CNES. Dados obtidos em 2/3/2021.

489. Avaliando-se a disponibilidade de leitos nos municípios do Brasil em 2020 em comparação com as taxas de mortalidade por Covid-19 do referido ano por 100 mil habitantes, não se observa uma tendência bem definida. Dados dos 5.570 municípios do Brasil indicam uma tendência de queda de taxa de mortalidade nos municípios que possuem mais leitos por habitantes, mas o grupo com menor taxa de mortalidade é o dos municípios que não possuem leitos hospitalares.

490. Ao se filtrar apenas os municípios com mais de 20 mil habitantes, para mitigar a influência dos municípios menos afetados pela pandemia, verificaram-se variações nas taxas de mortalidade menores em grupos relativamente próximos, embora, em média, os grupos com menos de 0,5 leitos por

mil habitantes tenham tido maiores taxas de mortalidade (76,7), do que aqueles com o referencial maior que 0,5 (68).

Gráfico 13: Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 Habitantes em Relação ao Número de Leitos Disponíveis ao SUS por 1.000 Habitantes



- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020 por 100.000 habitantes
- **Eixo das abcissas (X):** Média de Leitos Disponíveis ao SUS em 2020 por 1.000 habitantes

Fonte: Painel Coronavírus, Cnes e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2020.

491. Tais resultados trazem à tona uma questão que deve ser objeto de reflexão por parte dos legisladores e dos gestores públicos, no tocante à localização e instalação de hospitais.

492. A presença de hospitais é fundamental para preservar a vida das pessoas que necessitam de atenção especializada. Sem a sua presença, a pandemia teria efeitos muito mais perversos para a sociedade brasileira. Localidades cujo sistema de atenção hospitalar colapsa tendem a enfrentar intensas taxas de mortalidade. Por outro lado, a presença dos hospitais tende a atrair doentes que necessitem de internação, e, num contexto de pandemia, é esperado que parte significativa desses doentes esteja com a Covid-19.

493. Considerando que existe uma pandemia por um vírus altamente contagioso – e que tem sofrido constantes mutações –, os hospitais podem virar espécies de ímãs que atraem pacientes com o Sars-CoV-2, em suas diversas variantes, expondo a risco a saúde dos demais profissionais, pacientes e comunidades em que estão inseridos. Isso aumenta o potencial transmissivo da Covid-19, e torna as comunidades mais vulneráveis ao seu impacto, até que se diminua o número de pessoas suscetíveis à infecção.

494. É importante considerar que a estrutura hospitalar envolve uma cadeia de serviços com profissionais de diversas áreas: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos laboratoriais, recepcionistas, fornecedores, segurança, limpeza, lavanderia e refeitório, dentre outros. Ao atender pessoas contaminadas, a menos que a unidade siga todos os protocolos de segurança – levantamento do Conselho Federal de Medicina indicou milhares de denúncias relacionadas às condições inadequadas de trabalho –, tende a haver mais pessoas expostas à doença.

495. Tal situação é especialmente preocupante em municípios de pequeno porte, pois, quanto menor o município, mais a sua economia tende a estar diretamente ou indiretamente relacionada à estrutura hospitalar. Ainda que um dado município esteja sem casos de Covid-19, é improvável que, com leitos vagos e a pandemia recrudescendo em outras localidades, não sejam trazidos pacientes para o hospital do ente municipal.

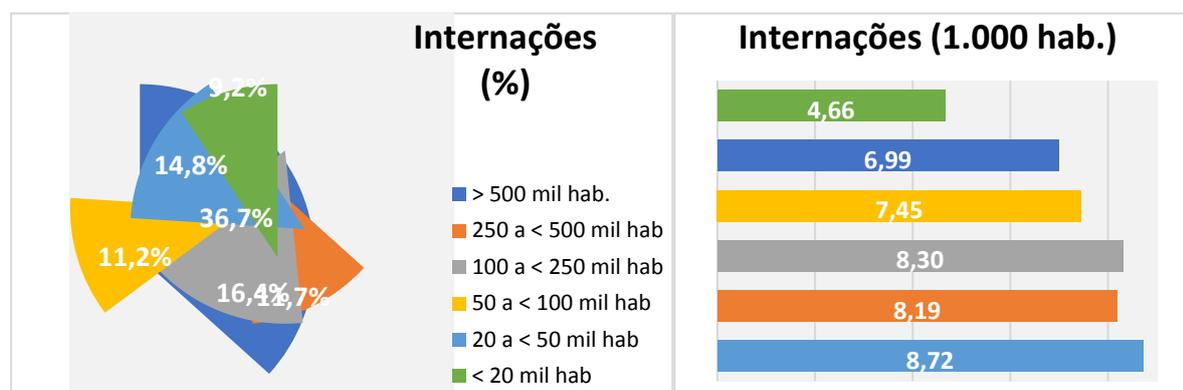
496. Para melhor analisar essa relação, extraiu-se dados de internações hospitalares registradas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIH) registradas em 2020 para todos os municípios do Brasil, com filtros CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) para os capítulos IX e X, que tratam de doenças nos aparelhos circulatório e

respiratório (internações normalmente relacionadas com diagnóstico de Covid-19), e comparou-se com dados populacionais e de residência dos internados.

497. Em termos gerais, constatou-se que foram internadas 1.602.827 pessoas por doenças dos aparelhos circulatório e respiratório em 2020, sendo que 588.648 das internações (36,73%) ocorreram nos municípios que, conforme estimativas do IBGE, possuem mais de 500 mil habitantes. Sem prejuízo, houve um número também relevante de 148.102 internações (9,24%) em municípios com menos de 20 mil habitantes. Em municípios com entre 20 mil a 50 mil habitantes, foram informadas 384.692 internações (24%).

498. Ao se considerar a taxa de internações por 1.000 habitantes, vê-se um cenário mais linear, pois os municípios grandes respondem por uma grande parcela das internações, mas também respondem por uma grande parcela da população brasileira. Ao se eliminar o fator populacional, calculando-se as internações por mil habitantes, tem-se que a taxa de internações em municípios com menos de 20 mil habitantes (4,66) não é muito menor que a dos municípios de mais de 500 mil habitantes (8,72).

Gráfico 14: Distribuição das Internações Hospitalares Realizadas pelo SUS em Relação ao Porte dos Municípios



Fonte: Painel Coronavírus, SIH e IBGE. Dados obtidos em 22/2/2020.

499. Ao se analisar dados sobre os municípios de residência dos internados por doenças nos aparelhos circulatório ou respiratório, verifica-se um saldo de 384.548 pacientes (23,99%) que buscaram atendimento fora do município de origem, sendo que 593 municípios receberam pacientes de outras localidades e 4.966 municípios enviaram pacientes para serem internados em outras localidades. Existe ainda um saldo de onze municípios que não encaminharam nem receberam pacientes.

500. Há de se ressaltar que essa migração de pacientes não é necessariamente ruim, sendo até recomendável que ocorra dentro de municípios que formam uma determinada região de saúde. O Banco Mundial, por exemplo, em discussões sobre eficiência hospitalar criticou a eficiência de hospitais de pequeno porte e destacou que poucos lugares no mundo têm tantos hospitais pequenos como no Brasil, em que existe o paradoxo da falta de leitos e do excesso de hospitais, conforme reportagem “Banco Mundial apresenta propostas para a ‘Reforma do SUS’” (disponível em <https://setorsaude.com.br/banco-mundial-apresenta-propostas-para-a-reforma-do-sus/>).

501. Há de se ressaltar que o TCU também realizou levantamento de eficiência hospitalar, apreciado pelo Acórdão 1.108/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, que, embora tenha tido algumas discordâncias metodológicas, chegou a conclusões próximas às do Banco Mundial e encontra-se com o seu segundo ciclo em andamento. Fato é que essa grande rede de hospitais em municípios de pequeno porte pode ter deixado alguns municípios mais vulneráveis à Covid-19.

502. A título ilustrativo, o município brasileiro que, em termos relativos, mais internou pacientes por doenças nos aparelhos circulatório ou respiratório foi Campina Grande do Sul, no Paraná. Tal município tem aproximadamente 44 mil habitantes e internou 10.842 pessoas por doenças no aparelho circulatório ou respiratório (9.022 internações de habitantes de outros municípios).

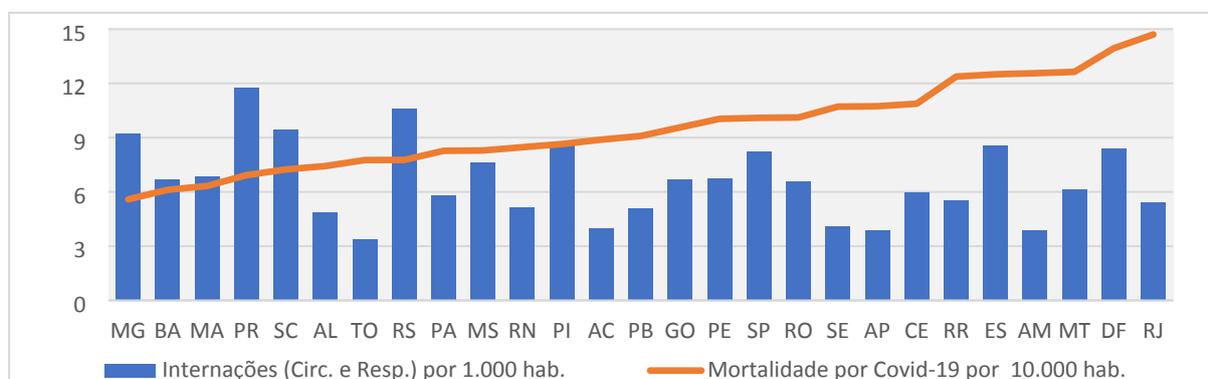
503. Mesmo demonstrando essa grande capacidade hospitalar e tendo contribuído enormemente para a preservação da vida de milhares de pacientes infectados que necessitaram de cuidados intensivos, Campina Grande do Sul foi o primeiro município do Paraná e um dos primeiros do Brasil a ter que decretar *lockdown*, ainda em maio em 2020, e teve uma taxa de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes, em 2020, superior à registrada no restante do Estado.

504. Importa mencionar que as reflexões trazidas no presente relatório não objetivam desconsiderar a fundamental importância dos hospitais situados em municípios pequenos. No geral, tais unidades tiveram um papel muito relevante no tratamento dos pacientes e na redução dos óbitos de Covid-19 no Brasil. Do total de 1.602.827 registros de internados por doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, apenas 170.359 tiveram óbito declarado, ou seja, a grande parte dos pacientes se recuperou.

505. Ademais, embora muitas pessoas tenham buscado atendimento fora do município de origem (384.548 pacientes), o saldo de pessoas que buscaram atendimento fora do estado de origem é bem menor (5.875 pacientes), o que indica que boa parte dos atendimentos deve ter ocorrido em municípios limítrofes, possivelmente na mesma região de saúde. E, em média, os estados que internaram mais pacientes tiveram menores taxas de mortalidade.

506. Ao se comparar a taxa de internações de pessoas por doenças no aparelho circulatório e respiratório por 1.000 habitantes com as respectivas taxas de mortalidade por Covid-19 por 10 mil habitantes, identifica-se que, embora não haja uma tendência linear, em média, as unidades da federação que mais internaram pacientes tenderam a ter menores taxas de mortalidade. Os dez Estados com menores taxas de mortalidade tiveram uma taxa média de internação de 76,23, ao passo que nos dez com maior mortalidade, essa mesma taxa média foi de 58,42.

Gráfico 15: Taxas de Internação por Doenças nos Aparelhos Circulatório e Respiratório nos Estados em relação à Mortalidade por Covid-19 em 2020



Fonte: Painel Coronavírus, SIH e IBGE. Dados obtidos em 22/2/2020.

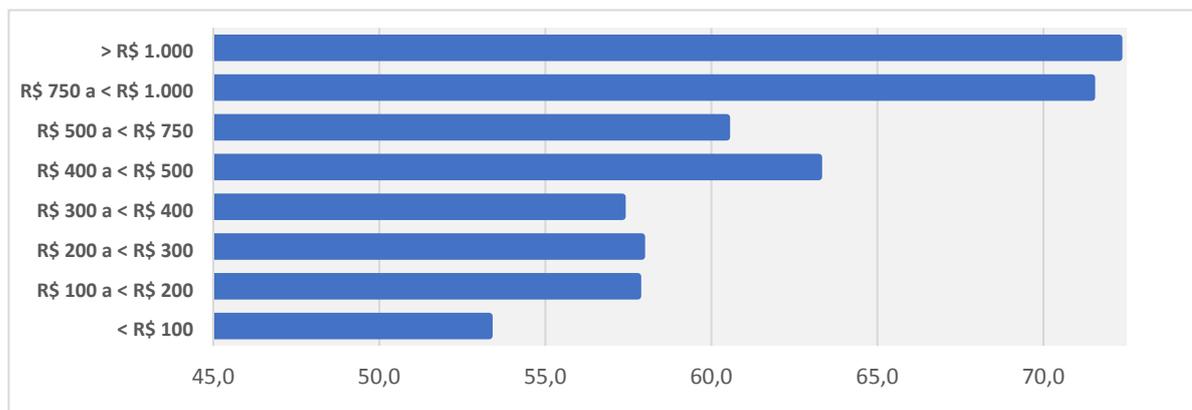
507. Em termos financeiros, considerando dados do Siops, observando os mesmos parâmetros explicitados no tópico anterior (parágrafo 471), mas agora filtrando-se apenas a subfunção 302 (assistência hospitalar ambulatorial), tem-se que, em 2019, os municípios investiram R\$ 72,4 bilhões na referida subfunção, referente à atenção especializada, sendo aproximadamente R\$ 34,5 bilhões oriundos de transferências de recursos federais e R\$ 3,2 bilhões de transferências de recursos estaduais.

508. Considerando investimentos per capita, a partir das projeções populacionais realizadas pelo IBGE e utilizadas pelo TCU para determinação das cotas dos fundos de participação, tendo como referência 1/7/2019, tem-se uma média anual de investimento de R\$ 344,65 em atenção especializada, o que equivale a R\$ 28,72 por mês. Do total de municípios, 854 (15,3%) não empenharam recursos na subfunção 302 em 2019, 78 (1,4% do total) informaram ter empenhado mais de R\$ 1.000,00 per capita, sendo que quatro deles aplicaram mais de R\$ 2.000,00 per capita.

509. No geral, tem-se uma tendência de alta nas taxas de mortalidade à medida que se aumentaram

os investimentos em alta e média complexidade. Entende-se que tal tendência pode estar relacionada justamente à maior exposição dos cidadãos dos municípios com maior estrutura hospitalar, o que, se confirmado, reforça a importância dos protocolos de segurança em regiões que concentrem atendimento especializado de pacientes com Covid-19.

Gráfico 161: Recursos Per Capita Aplicados em Assistência Especializada em 2019 em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 hab. em 2020



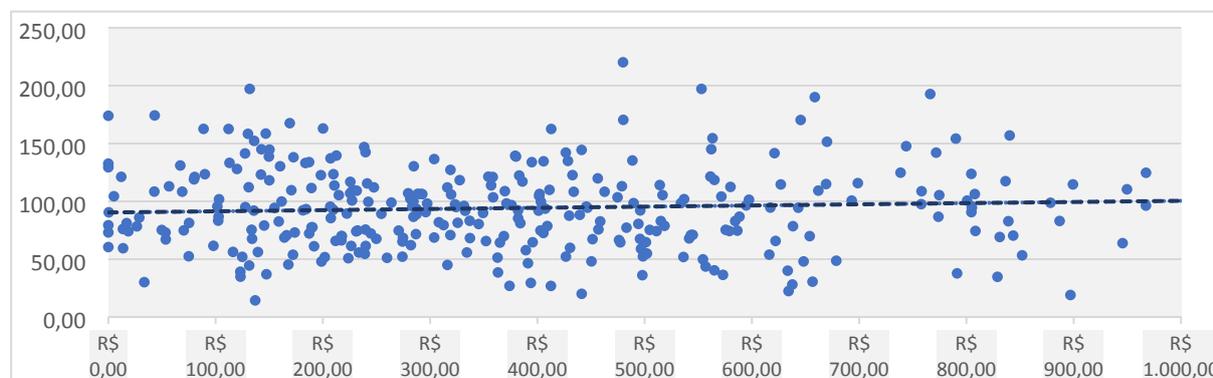
- **Eixo das ordenadas (Y):** Recursos Per Capita Aplicados em Assistência Hospitalar e Ambulatorial em 2019
- **Eixo das abscissas (X):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

510. Filtrando-se apenas os municípios cuja previsão populacional do IBGE para 2020 foi de mais de cem mil habitantes, que são aqueles em que se concentra a maior parte dos serviços de atenção hospitalar, também se observa, apesar da também grande dispersão dos pontos – reflexo das diferentes realidades locais –, a tendência de sensível aumento de mortalidade por 100.000 habitantes em 2020, segundo a elevação dos investimentos per capita em atenção especializada em 2019, conforme pode ser observado no gráfico adiante.

511. Trata-se de uma relação que deve ser mais bem estudada e que pode ter sido influenciada por diversas outras variáveis, como o ritmo do desenvolvimento de infecções nas maiores metrópoles e cidades adjacentes, e que merece atenção dos gestores. O Brasil precisa pensar na sua estrutura hospitalar visando maximizar não só a eficiência e a efetividade das unidades prestadoras, mas o cuidado com sua população em cenários pandêmicos.

Gráfico 17: Dispersão dos Recursos Aplicados em Atenção Especializada em 2019 nos Municípios com Mais de 100.000 Habitantes em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020 por 100.000 habitantes
- **Eixo das abscissas (X):** Recursos Per Capita Aplicados em Assistência Hospitalar e Ambulatorial em 2019

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

Vigilância em Saúde

512. Ações de vigilância em saúde podem ser compreendidas como um amplo conjunto de estratégias para prevenção de agravos e promoção da saúde. De acordo com o manual “SUS de A a Z”, a vigilância em saúde envolve atividades de planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho, bem como coleta, consolidação e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde.

513. Conforme abordado nos relatórios anteriores do presente acompanhamento, a pandemia da Covid-19 trouxe especial atenção a este tópico para governos de todo o mundo, dada a necessidade de se identificar precocemente os pacientes infectados. Ademais, grande parte das deliberações emanadas pelo TCU no âmbito deste acompanhamento operacional referem-se direta ou indiretamente ao fortalecimento do sistema de vigilância, por meio de políticas de testagem, controle de insumos, apresentação de materiais informativos e aperfeiçoamento de sistemas.

514. É importante destacar que a pandemia de Covid-19 demandou atuação simultânea e coordenada nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador. Os gestores ficaram responsáveis por diversas iniciativas, como notificação dos casos suspeitos ou confirmados, controle das taxas de transmissão, ações de distanciamento social, fiscalização dos serviços de interesse à saúde (como hospitais, academias, clubes e escolas e saúde do trabalhador), bem como a coordenação da campanha de imunização.

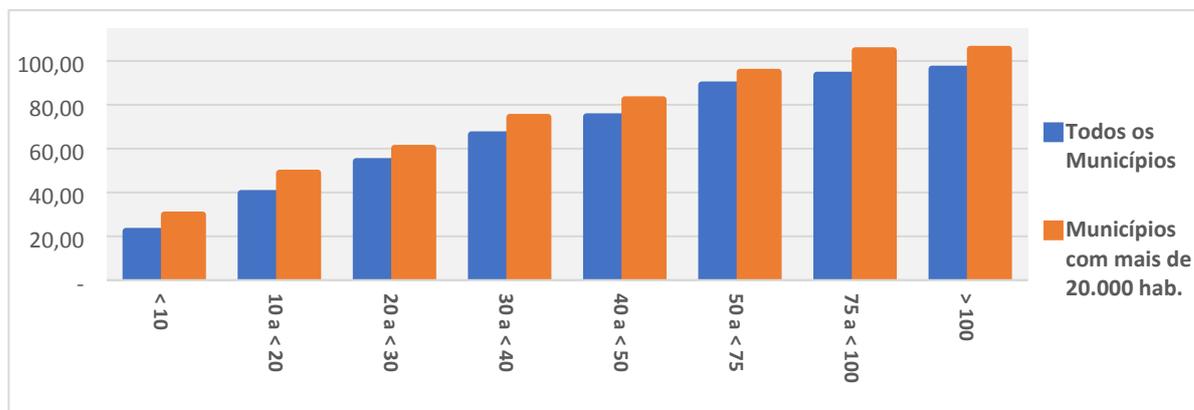
515. Dito isso, uma primeira análise que pode ser feita em relação às ações de vigilância em saúde no contexto da pandemia internacional é a quantidade de testes para a detecção de Covid-19 aplicados na população. Conforme já abordado no relatório do segundo ciclo do presente acompanhamento, localidades que apresentaram estratégias reconhecidas no combate ao Covid-19 se mostraram muito eficientes em identificar grupos de contágio, testar pessoas potencialmente infectadas e isolá-las.

516. A esse respeito, não se identificaram dados consolidados de quantos exames para Covid-19 foram aplicados em cada um dos 5.570 municípios no Brasil. Não obstante, a partir de dados das Secretarias Estaduais de Saúde e do IBGE foi possível identificar a quantidade de casos diagnosticados em cada um dos municípios por habitante em 2020. É de se pressupor que municípios que mais diagnosticaram casos de Covid-19 realizaram mais testes na sua população, embora não exista uma necessária relação nesse sentido.

517. No geral, em 2020, foram registrados 7.642.741 casos de Covid-19 no Brasil e os dados demonstraram que os municípios que mais identificaram casos de Covid-19 por 1.000 habitantes também foram aqueles que enfrentaram maiores taxas de mortalidade pela doença por 100.000 habitantes. Essa correlação indica que nos municípios brasileiros, em média, maiores taxas de identificação de casos não foram associadas a menores índices de mortalidade pela doença.

518. Há de se citar que houve casos de municípios que conseguiram conciliar altos níveis de detecção de casos de Covid-19 com baixas taxas de mortalidade, como é o caso do município de Capinzal, em Santa Catarina, que, em 31/12/2020, apresentou taxas respectivas de casos confirmados e de mortalidade de 103,4 por 1.000 habitantes e 43,4 por 100.000 habitantes, mas trata-se de uma exceção.

Gráfico 18: Casos Confirmados de Covid-19 por 1.000 hab. em Relação a Óbitos Confirmados por Covid-19 por 100.000 hab. em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Casos Confirmados de Covid-19 por 1.000 habitantes em 2020
- **Eixo das abcissas (X):** Óbitos Confirmados por Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020

Fonte: Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

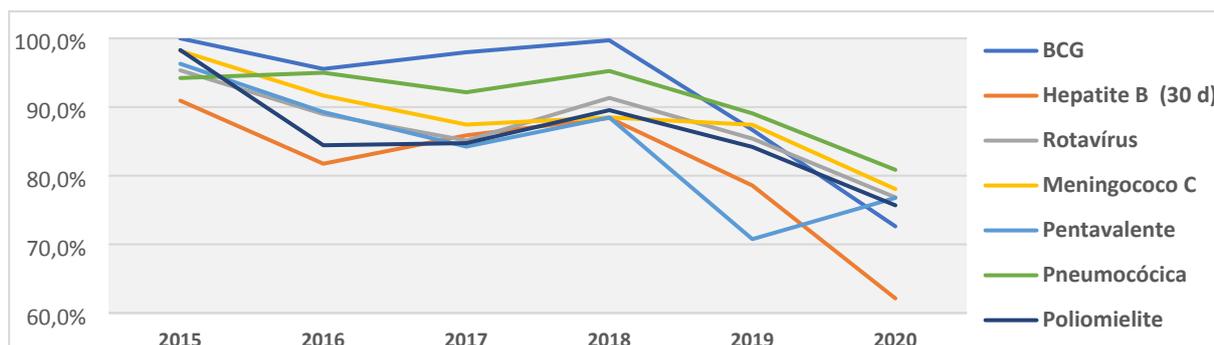
519. Neste ponto, faz-se importante registrar que, como apontado no tópico VI – Política de Testagem, o Brasil nunca teve uma política de testagem nacional, vinculada ao rastreamento de contatos ou a adoção de medidas restritivas orientada pelos resultados. Cada município adotou sua própria estratégia de testagem e a escassez de insumos para testes, como *swabs* e tubos para coleta, pode ter levado à restrição dos testes para os casos mais graves.

520. Não obstante, há que se reconhecer que, por envolver um conjunto amplo de ações, procedimentos e estratégias, é muito difícil quantificar quão bem um determinado ente federado atuou em ações de vigilância em seu território – e a forma como isso pode ter impactado o número de casos e de mortes por Covid-19. Nesse contexto, o presente relatório irá dar um foco especial em como a pandemia influenciou as ações de imunização.

521. Em outubro de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), alertou que o público-alvo das vacinações para o público infantil não foi atingido, e estava abaixo de 80%. Na ocasião, foram anunciadas iniciativas no âmbito do Movimento Vacina Brasil, a exemplo de ampliação do horário de funcionamento dos postos de vacinação, canais para desmentir notícias falsas e realização de campanhas de vacinação.

522. Não obstante, mesmo com tais iniciativas, dados extraídos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) em relação à cobertura de vacinas obrigatórias para menores de um ano de idade demonstram que o ano de 2020 terminou com percentuais mínimos históricos (apenas a vacina pentavalente não atingiu o seu menor índice de cobertura vacinal nos anos com dados disponíveis) e, à exceção da pneumocócica, todas terminaram o ano com cobertura abaixo de 80%.

Gráfico 19: Evolução da Cobertura de Vacinas Obrigatórias para Menores de 1 ano



Fonte: SIPNI. Dados obtidos em 2/3/2021.

523. Há de se destacar que baixas taxas de cobertura vacinal não são um problema exclusivo do Brasil. A OMS, em nota publicada em 22/8/2020, alertou que medidas de prevenção à Covid-19 afetaram o sistema de vacinação em pelo menos 68 países, deixando cerca de 80 milhões de crianças menores de um ano vulneráveis a doenças passíveis de imunização. De acordo com o Diretor-Geral da entidade, Tedros Adhanom Ghebreyesus, essa situação ameaçaria desfazer décadas de progresso contra doenças evitáveis.

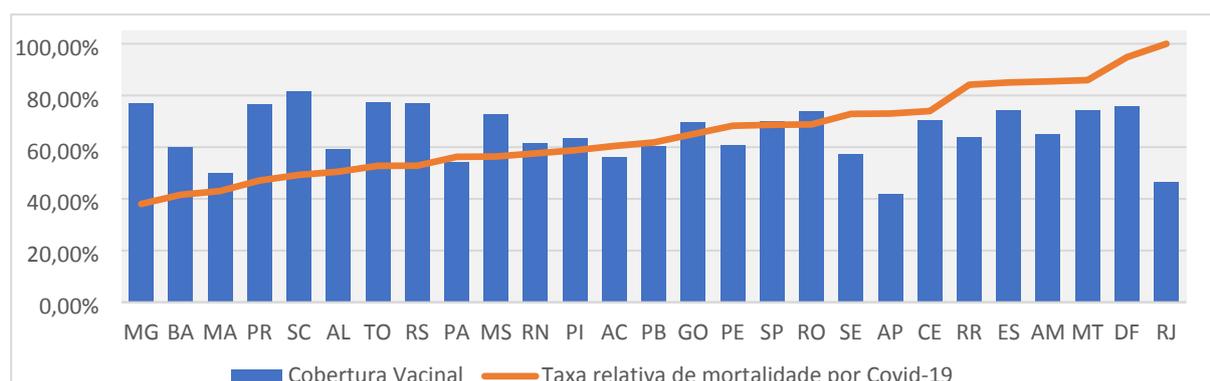
524. Dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) indicam que 2.849.146 crianças nasceram no Brasil em 2019. Logo, uma queda na taxa de cobertura vacinal de 20% significa mais de 500 mil crianças não imunizadas. Num contexto de mortalidade prematura, tal cenário pode, a médio prazo, significar o ressurgimento de doenças praticamente erradicadas, com efeitos potencialmente mais gravosos que os da própria pandemia de Covid-19.

525. De acordo com a supracitada nota da OMS, as causas para tal cenário variam, podendo se destacar a relutância de alguns pais em saírem de casa por conta de medidas restritivas, falta de informações sobre as vacinas, dificuldades no transporte ou econômicas, medo de contrair a Covid-19, bem como indisponibilidade dos trabalhadores da saúde. Sem prejuízo, também podem ter tido impacto nesse quadro movimentos antivacina, dificuldades de acesso aos conselhos tutelares e interrupção de serviços de creches e de unidades de educação infantil.

526. Extraíndo-se a cobertura média de todas as vacinas disponíveis no SIPNI no exercício de 2020, verifica-se que o ato de sair de casa para se vacinar não teve relação com maiores taxas de mortalidade por Covid-19. De modo diverso, cinco das oito UFs que tiveram menor taxa de mortalidade por Covid-19 em 2020 tiveram as maiores coberturas vacinais naquele ano, ao passo que Estados como Rio de Janeiro e Amapá, que tiveram taxas médias de imunizações abaixo de 50%, tiveram proporcionalmente elevadas mortes por Covid-19.

527. Assim como no gráfico 8, para propiciar uma melhor visualização, a mortalidade apresentada no gráfico abaixo foi apurada de modo relativo, em que a maior taxa (147,0098 do Rio de Janeiro) correspondeu a 100%, e todas as demais foram calculadas em relação a essa.

Gráfico 20: Cobertura Média das Vacinas com Dados Disponíveis no SIPNI em Relação às Taxas de Mortalidade por Covid-19 em 2020



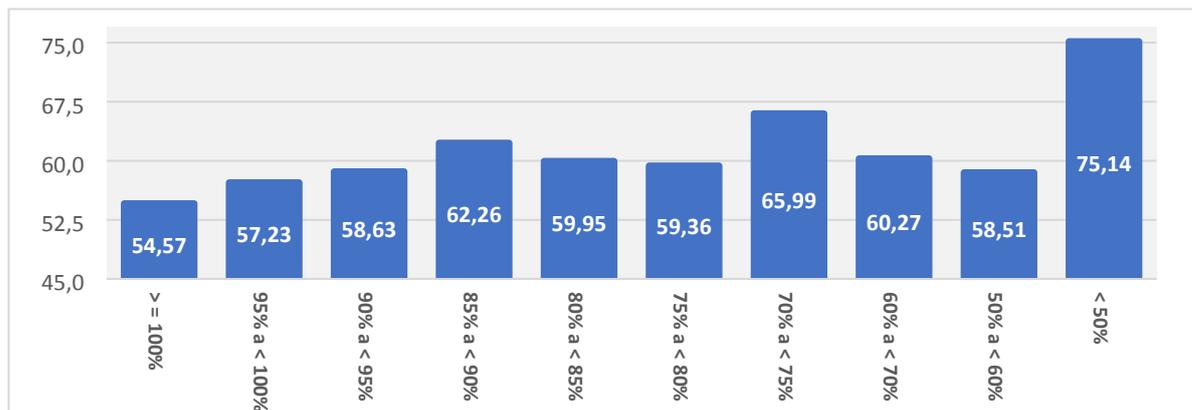
Fonte: SIPNI, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

528. Analisando-se especificamente os dados da vacina para *Influenza*, conforme registros disponíveis no SIPNI, verificou-se que os municípios que tiveram maior taxa de vacinação da população alvo (formada em grande parte por idosos) tenderam a ter menores taxas de mortalidade por Covid-19. Em termos relativos, a média de mortalidade dos municípios que tiveram menos de 50% de cobertura (75,14) foi substancialmente superior à dos que tiveram cobertura do público-alvo de 100% ou superior (54,57).

529. Todavia, há de se destacar que os dados do sistema do Ministério da Saúde indicam apenas doses aplicadas por população-alvo estimada no respectivo município, e esse nem sempre é um

parâmetro seguro para medir, de fato, quanto da população foi imunizada, haja visto ser complexo precisar qual a população alvo em cada um dos 5.570 municípios do Brasil. Em termos totais, houve 2.717 municípios cuja taxa de cobertura foi superior a 100% e apenas onze com cobertura abaixo de 50%.

Gráfico 21: Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 Habitantes em Relação à Imunização por Vacina para Influenza em 2020



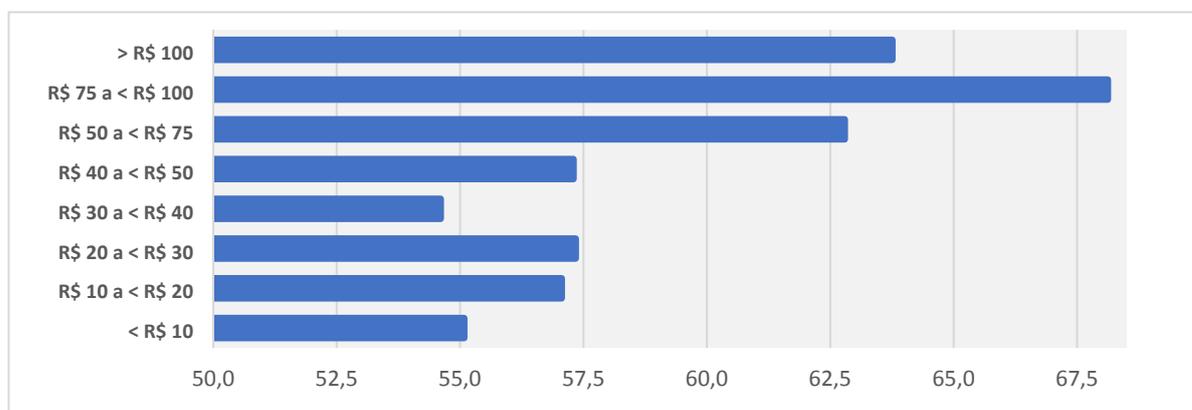
- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020
- **Eixo das abscissas (X):** Média da Cobertura de Imunização por Vacina para Influenza em 2020

Fonte: SIPNI, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

530. Em termos de recursos aplicados diretamente pelos municípios, a partir de dados do Siops, considerando o somatório do montante destinado às subfunções 304 (vigilância sanitária) e 305 (vigilância epidemiológica), observando as diretrizes já apontadas nos tópicos anteriores, tem-se que em 2019 os entes municipais empenharam aproximadamente R\$ 4,5 bilhões nas subfunções relacionadas à vigilância em saúde, sendo aproximadamente R\$ 2,1 bilhões oriundos de transferências de recursos federais e R\$ 64,5 milhões de transferências de recursos estaduais.

531. Observou-se que 554 municípios não empenharam recursos nas referidas subfunções, ao passo que 59 municípios empenharam mais de R\$ 100,00 em termos per capita, considerando as projeções populacionais realizadas pelo IBGE e utilizadas pelo TCU para determinação das cotas dos fundos de participação em 2019. Comparando-se a taxa de mortalidade por Covid-19 em 2020 com os recursos empenhados nas respectivas subfunções, observa-se uma tendência geral de aumento de mortalidade à medida que aumentaram os investimentos.

Gráfico 22: Recursos Per Capita Aplicados em Vigilância em Saúde em 2019 em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 hab. em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Recursos Per Capita Aplicados em Vigilância em Saúde em 2019
- **Eixo das abscissas (X):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 por 100.000 habitantes em 2020

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

532. Não obstante, entende-se que essa relação pode se dar pelo fato de que os municípios que mais tendem a aplicar recursos nas subfunções de vigilância epidemiológica e sanitária serem os mesmos que possuem maior rede de atendimento em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dada a necessidade de um subsistema de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar.

533. Ao se retirar da análise os municípios de até 100 mil habitantes, que, conforme já citado, historicamente possuem maiores dificuldades em alimentar os dados do Siops e possuem menor rede de atenção especializada, observa-se que as taxas de mortalidade em 2020 tenderam a ser menores nos entes que informaram mais investimentos nas subfunções relativas à vigilância em saúde no ano anterior.

Gráfico 23: Dispersão dos Recursos Aplicados em Vigilância em Saúde em 2019 nos Municípios com Mais de 100.000 Habitantes em Relação às Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020



- **Eixo das ordenadas (Y):** Taxas Médias de Mortalidade por Covid-19 em 2020 por 100.000 habitantes
- **Eixo das abscissas (X):** Recursos Per Capita Aplicados em Vigilância em Saúde em 2019

Fonte: Siops, Painel Coronavírus e IBGE. Dados obtidos em 2/3/2021.

Análise

534. Preliminarmente, deve-se reforçar que os dados apresentados neste capítulo não permitem tirar conclusões definitivas sobre as tendências indicadas, pois cuidam apenas do primeiro ano da pandemia, que não se deu de modo homogêneo no país, e existe uma gama muito grande de variáveis que se inter-relacionam e que os modelos nem sempre conseguem detectá-las. Ademais, as comparações priorizaram dados entre municípios, que vivenciam diferentes realidades socioeconômicas.

535. Sem prejuízo, obtiveram-se insumos importantes que podem ajudar o país a melhor lidar com a pandemia de Covid-19, caso essa se prolongue ainda por mais tempo, ou mesmo preparar o país para outras pandemias que, eventualmente, surjam no futuro. Merece destaque o fato de que municípios que destinaram mais investimentos em ações de caráter preventivo, tais como em equipes de saúde da família, no fortalecimento da atenção básica e em ações de vigilância, em regra, apresentaram menores taxas de mortalidade por Covid-19.

536. No que tange à atenção especializada, mostrou-se indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência para pacientes com Covid-19. Não obstante, apresentaram-se indicativos de que tais unidades devem ter grande preocupação com protocolos de segurança para evitar a disseminação do vírus entre profissionais, prestadores de serviços e demais pacientes, sob o risco de se expor toda a comunidade em que estão inseridos ao risco de contágio e, conseqüente, mortalidade por Covid-19.

537. Atualmente, a maior parte dos esforços do Ministério da Saúde estão concentrados na disponibilização de leitos para pacientes com Covid-19, nos processos de aquisição e distribuição de vacinas, bem como em transferências de recursos para os entes subnacionais. Os elementos aqui trazidos indicam que cuidados básicos e preventivos também podem ter um impacto positivo, a um baixo custo, sobre a pandemia, em especial, na hipótese de que ela se prolongue por mais tempo.

538. Dado esse contexto, entendeu-se válido recomendar ao Ministério da Saúde, com

fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, que avalie a conveniência e a oportunidade de, sem prejuízo das ações atuais, incorporar ações de promoção da saúde, bem como de cuidado integral, primário e preventivo, que fortaleçam o vínculo entre profissionais e usuários, nas estratégias prioritárias do governo federal para lidar com o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da pandemia causada pelo Sars-CoV-2.

539. Apresentada a proposta de recomendação aos representantes do Ministério da Saúde, estes manifestaram-se em relação ao caráter genérico da proposta e afirmaram que a estratégia do Ministério para o combate à pandemia já contempla ações de promoção da saúde.

540. A equipe de fiscalização optou por retirar a proposta de recomendação, sem prejuízo de, em futuros ciclos do trabalho, acompanhar estratégias específicas de promoção à saúde utilizadas pelo Ministério da Saúde, no combate à pandemia.

X. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Medicamentos utilizados para intubação orotraqueal de pacientes acometidos pela Covid-19 (Kit anestésicos)

541. Desde o terceiro relatório da presente fiscalização, julgado em 22/10/2020, relatou-se a elevação da demanda por medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes utilizados no processo de suporte ventilatório invasivo, intubação orotraqueal (IOT), gerando, inicialmente, faltas pontuais em hospitais, e posteriormente, desabastecimento por todo o Brasil, tanto na rede assistencial pública quanto na rede privada.

542. À época, o Ministério da Saúde fez uso de diferentes estratégias para adquirir os medicamentos necessários: requisição administrativa, importação do Uruguai, aquisição via Opas e pregões eletrônicos.

543. Tendo em vista os poucos itens adquiridos, a equipe do acompanhamento apontou para um cenário de continuidade da dificuldade de aquisição dos medicamentos do kit intubação – seja pela elevação dos preços praticados, seja pela escassez dos produtos no mercado nacional – e indicou a necessidade da continuidade da atuação do MS na coordenação das aquisições dos medicamentos dessa linha. Não é demais lembrar que cabe ao Ministério da Saúde a coordenação das medidas a serem executadas durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, conforme art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011.

544. Com o recrudescimento da pandemia, a elevação da demanda por medicamentos para intubação orotraqueal e relatos de escassez de medicamentos anestésicos, o Ministério da Saúde voltou a atuar para adquirir e para viabilizar a aquisição desses medicamentos por instituições privadas.

545. Em audiência pública, no dia 30/3/2021, na Comissão Externa da Câmara dos Deputados de Enfrentamento à Covid-19, representantes da Anvisa relataram alterações nos procedimentos de importação pelos hospitais privados.

546. O ex-Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, por sua vez, mencionou a realização de requisições administrativas, que garantiriam o abastecimento pelo período de sete dias, e esclareceu que seriam realizadas em acordo com as indústrias para viabilizar as entregas das compras dos hospitais privados.

547. Na audiência, os representantes dos hospitais privados alegaram que as requisições administrativas representavam uma quebra na cadeia de suprimentos, pois acarretam elevação brusca nos preços e desabastecimento devido à falta de estoque nas indústrias. Informaram que essas dificuldades são sentidas, principalmente, pelos pequenos e médios hospitais que já trabalham com orçamento “no limite”.

548. O ex-Secretário mencionou ainda a execução de ata de registro de preços da Merck *Life*

Science, cujas entregas seriam demoradas em razão de se tratar de medicamentos importados, realização de novo processo licitatório e de compra internacional e a aquisição de medicamentos da Espanha nos moldes da “Operação Uruguai”, anteriormente realizada.

549. Foi identificado no Sistema Eletrônico de Informação do Ministério da Saúde (SEI-MS), a abertura de processo administrativo para aquisição de medicamentos de intubação orotraqueal, por meio da Opas (25000.043815/2021-47). O processo encontra-se na fase inicial de elaboração de Termo de Referência e, conforme solicitação de cotação para Opas, deverá englobar os seguintes medicamentos:

Tabela 11 – medicamentos intubação orotraqueal – aquisição Opas

Item	Medicamento	Quantidade
1	Atracúrio, besilato 10mg/mL (amp 2,5 mL)	5.766.415
2	Atracúrio, besilato 10mg/mL (amp 5 mL)	5.020.659
3	Atropina, sulfato 0,25 mg/mL (amp 1 mL)	2.085.721
4	Cetamina, cloridrato 50mg/mL (amp 10mL)	1.702.583
5	Cisatracúrio, besilato 2mg/mL (amp 5 mL)	5.723.132
6	Cisatracúrio, besilato 2mg/mL (amp 10 mL)	2.841.269
7	Dexmedetomidina, cloridrato 100mcg/mL (amp 2 mL)	2.582.143
8	Dextroetamina, cloridrato 50mg/mL (10 mL)	2.963.690
9	Diazepam 5mg/mL (amp 2 mL)	2.098.142
10	Epinefrina 1mg/mL (amp 1 mL)	4.149.582
11	Etomidato 2 mg/mL (framp. 10mL)	1.299.456
12	Fentanila, citrato 0,05 mg/mL (framp. 10 mL)	3.315.827
13	Haloperidol 5 mg/mL (amp. 1 mL)	1.725.962
14	Lidocaína 20 mg/mL (2%) sem vasoconstrictor (framp 20mL)	2.457.884
15	Midazolam 5 mg/mL (framp 10 mL)	14.554.361
16	Morfina, sulfato 10 mg/mL (amp. 1 mL)	6.026.877
17	Naloxona, cloridrato 0,4 mg/mL (amp. 1 mL)	718.935
18	Norepinefrina, hemitartrato 2mg/mL (eq. A 1mg/mL de norepinefrina) (amp. 4 mL)	10.456.079
19	Propofol 10 mg/mL (framp 20 mL)	9.316.228
20	Propofol 10 mg/mL (fr 100 mL)	3.837.385
21	Rocurônio, brometo 10 mg/mL (amp 5 mL)	6.718.308
22	Suxametônio, cloreto 100 mg framp	765.905

Elaboração própria – fonte: Ofício 1026/2021/SCTIE/GAB/SCTIE/MS

550. Registre-se que, em razão da grande demanda internacional, há riscos de haver dificuldades para a contratação de todos os itens.

551. Além das medidas mencionadas nos parágrafos acima, em reunião realizada com gestores da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (Saes/MS), mencionada no parágrafo 87, foi elencada uma série de outras ações adotadas pelo MS, isoladamente ou em conjunto com outros órgãos, as quais, conquanto necessárias e essenciais no atual momento, não deixam de denotar, consoante repisado, atitude reativa da Pasta da Saúde, tanto é que em meados do ano passado ocorreu situação crítica como a ora vivenciada, sem que se tenha gerado aprendizado que prevenisse a recorrência.

552. De todo modo, citam-se ações relatadas na ocasião da reunião, devendo ser ressaltado que, em função do estágio adiantado deste relatório, e dada a quantidade de tópicos que o compõem, não houve tempo hábil para checagem das informações prestadas pelo MS e verificação/análise da adequação e suficiência delas. Ainda assim, entendeu-se adequado trazê-las aos autos para conhecimento desta Corte de Contas:

- a) elaboração de mapa de consumo médio mensal (CMM), por UF, dos medicamentos;
- b) cobertura do CMM, por medicamento, por faixa de dias (0; 1 a 5, 6 a 10; 10 a 20; 20 a 30; mais de 30 dias), rotulada por cores conforme a urgência);
- c) elaboração de planilhas, para monitoramento da variação dos consumos, por períodos e por grupo de medicamentos IOT (analgesia, sedação, bloqueadores musculares);
- d) análise do consumo x estoque da indústria;
- e) ações estratégicas, tais como requisição de informações relativas a estoque de medicamentos; vendas e distribuição; risco de desabastecimento;
- f) acordo de cooperação entre Anvisa, Receita Federal do Brasil (RFB) e Ministério da Saúde, este último como interveniente;
- g) desenvolvimento de ferramenta de *Business Intelligence* (BI) com informações diárias de estoque e distribuição das indústrias/empresas nacionais;
- h) utilização das requisições de informações do parque industrial (alínea “e”) e compartilhamento dessas informações com Conass/Conasems para que os entes subnacionais também adotem ações;
- i) envio de informações de CMM de todos os estados às indústrias para adequação da produção e direcionamento de vendas;
- j) painel de inteligência com ações do Grupo de Requisição de Medicamentos (empréstimos entre entes, estabelecimento de critérios objetivos para requisições); e
- k) consulta internacional acerca de medicamentos por intermédio da Anvisa; ações interministeriais, a exemplo de requisição de apoio do Ministério da Defesa para logística, e do Ministério das Relações Exteriores.

553. A aquisição dos medicamentos IOT continuará sendo acompanhada pela SecexSaúde, seja nos próximos ciclos de acompanhamento, seja em representações específicas.

554. A propósito, destaque-se que, em 24/3/2021, foi protocolada nesta Corte de Contas representação, solicitando adoção das medidas necessárias para apurar a razão do Ministério da Saúde ter cancelado, em agosto de 2020, compra internacional de medicamentos para IOT. Segundo o representante, atualmente, os estoques desses medicamentos estão próximo ao fim, obrigando os médicos a recorrerem a drogas de terceira linha ou a sobrecarga de sedativos (TC 009.575/2021-9).

Oxigênio medicinal

555. Tramita na SecexSaúde representação relativa a possíveis irregularidades na gestão da crise causada pela pandemia de Covid-19 no estado do Amazonas, em especial, na capital Manaus, a exemplo da falta de cilindros de oxigênio.

556. No âmbito daquela representação, verificou-se que a responsabilidade primária pela aquisição e monitoramento dos estoques de oxigênio e outros insumos destinados aos pacientes internados é dos estados ou municípios, conforme pactuação tripartite e que o Ministério da Saúde, em decorrência da pandemia, atuou de forma excepcional na aquisição e monitoramento de estoques do oxigênio medicinal, em apoio aos estados e municípios em situação crítica.

557. No âmbito da citada representação, o Ministério da Saúde apresentou tabela produzida pelo Conass, em 21/1/2021, contendo informações sobre a situação de abastecimento de oxigênio nos estados e no DF. Naquele momento, com exceção do Amazonas, todos os estados teriam afirmado possuir estoque suficiente para atender ao aumento da demanda e Mato Grosso do Sul, Roraima, Rio Grande do Sul e São Paulo afirmaram correr risco de desabastecimento nos quinze dias seguintes.

558. Conforme constante na página eletrônica do Ministério da Saúde, o Governo Federal, por meio do MS, colocou em prática o Plano Oxigênio Brasil, com o objetivo de dar suporte aos entes federativos no abastecimento de oxigênio medicinal durante a pandemia da Covid-19.

559. O Ministério da Saúde anunciou, entre outras medidas, a redistribuição de concentradores, cilindros e usinas de oxigênio enviados ao Amazonas, no início do ano, para os estados do Rio Grande do Norte, Rondônia, Paraná, Santa Catarina e Acre e a aquisição de concentradores de oxigênio na China e nos Estados Unidos, com apoio da iniciativa privada, com previsão de chegada para a primeira semana de abril.

560. A Anvisa, por sua vez, adotou medidas excepcionais para mitigar o risco de desabastecimento de oxigênio medicinal nas unidades hospitalares, destacando-se a flexibilização de instrumentos regulatórios necessários ao aumento da capacidade produtiva, formalizada pelas Resoluções da Diretoria Colegiada 461/2021 e RDC 482/2021.

561. A Anvisa, outrossim, publicou o Edital de Chamamento Público 5/2021, convocando fabricantes, envasadores e distribuidores de oxigênio medicinal, nas formas farmacêuticas líquido e gás, a fornecerem informações sobre a capacidade de fabricação, envase e distribuição, respectivos estoques disponíveis e quantidade demandada (nos últimos sessenta dias, para o envio da primeira informação; e semanal, para as seguintes) pelo setor público e privado.

562. As informações serão coletadas pelo prazo de 120 dias, a contar da data de publicação do edital, prorrogável, por decisão da Agência, e serão prestadas em caráter confidencial.

563. A Anvisa, a partir de 13/3/2021, passou a disponibilizar, em seu site, dados gerais relativos à produção, estoque, comercialização e consumo, por entes públicos e privados, de oxigênio medicinal (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMzYwNWU1MDEtNjk0Ny00MjczLTk1NWUtMmFINzVhYTM3ZTk3IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9&pageName=ReportSection255cb87f555de69e1841>).

564. Destaque-se ainda que a Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil editou a Instrução Normativa 1.929, de 26/3/2020, priorizando o desembaraço aduaneiro de produtos de uso na pandemia, em lista com mais de noventa itens, dentre os quais o oxigênio medicinal.

565. As medidas adotadas pelo MS para garantir o abastecimento do oxigênio medicinal continuarão a ser acompanhadas por meio da representação instaurada.

Qualidade das máscaras adquiridas

566. Segundo reportagem da Folha de São Paulo, datada de 17/3/2021, o Governo Federal teria gastado R\$ 66 milhões de dólares na aquisição de máscaras chinesas do tipo KN95 e as distribuído para profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da Covid-19. Contudo, em junho de 2020, a Anvisa teria interditado o uso desse tipo de equipamento depois que agência sanitária dos Estados Unidos, *Food and Drug Administration* (FDA), suspendeu a autorização emergencial do uso desse tipo de máscara pela falta de eficácia em filtrar as partículas de ar.

567. O Ministério da Saúde distribuiu esse tipo de máscara entre julho e dezembro de 2020 e teria defendido as máscaras em documentos elaborados entre agosto de 2020 e janeiro de 2021. A Pasta sustentou que a empresa contratada provou por meio de testes a eficiência da filtragem de máscaras de cinco marcas e que o material poderia ser utilizado em casos não cirúrgicos.

568. A Folha teria constatado, em documentos constantes de inquérito civil instaurado pelo Ministério Público Federal (MPF) que a marca interdita pela Anvisa não aparece entre as que foram submetidas a testes pela distribuidora contratada pelo Ministério da Saúde. A reportagem também constatou que máscaras do tipo foram de fato enviadas a estados e que a Anvisa teria advertido que as máscaras com indicação “non-medical” não são enquadradas como produto médico, não sendo indicadas para uso por profissionais de saúde.

569. Em nota, após a publicação da reportagem, divulgada em 18/3/2021, o Ministério da Saúde teria afirmado que as máscaras KN95 fornecidas à Pasta passaram por análise de qualidade em laboratórios e cumpriam os requisitos sanitários exigidos.

570. Diante das notícias, procedeu-se à análise do processo de aquisição das máscaras e verificou-se que, em despacho datado de 2/4/2020, a Coordenação de Licitações e Análises de Mercado de Insumos Estratégicos para a Saúde recomendou que a área demandante validasse tecnicamente as propostas, pois lhe competia apenas a análise de preços das propostas.

571. Verificou-se, outrossim, que, em 24/7/2020, foi emitido relatório parcial de fiscalização, segundo o qual a Divisão de Controle e Acompanhamento Logístico de Insumos Estratégicos para Saúde (DICAL/CGLOG) teria constatado divergências em parte das cargas de máscaras recebidas.

572. Após notificação, o contratado teria respondido que o contrato prevê a entrega do produto na China ao agente de cargas do Ministério da Saúde, que, após a devida inspeção realizada pelo agente, não foi apontada nenhuma irregularidade e que, portanto, não possui responsabilidade pelas avarias, extravios ou falhas no transporte e despacho aduaneiro.

573. No entanto, a empresa teria se colocado à disposição para repor a mercadoria ou para ressarcir ao Ministério da Saúde o valor da mercadoria avariada ou em falta.

574. Em razão da falta de informações no processo de contratação, foram encaminhados os Ofícios de Requisição 38 e 39/2021, ao Ministério da Saúde, solicitando, entre outros, o envio de documentos e evidências que comprovassem que as máscaras adquiridas são próprias para uso por profissionais de saúde e as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para ressarcimento dos valores pagos, caso as máscaras não sejam adequadas.

575. As informações solicitadas não foram recebidas até a data de encerramento do relatório. O assunto continuará sendo acompanhado pela SecexSaúde, por meio desta fiscalização ou de processo específico.

Habilitação de leitos de UTI Covid-19

576. Nesse ciclo de acompanhamento, deu-se início à análise acerca da habilitação de leitos de UTI no contexto da crise causada pelo Sars-CoV-2.

577. Verificou-se que, inicialmente, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS 414/2020, autorizando a habilitação de 2.540 leitos de UTI, adulto e pediátrico, ao custo diário unitário de R\$ 800,00, por um período de noventa dias, admitida prorrogação.

578. A portaria definiu que os custos das habilitações seriam suportados pelo Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. Contudo, não definiu critérios para habilitação dos leitos, apenas ressaltou que a publicação das portarias de habilitação ocorreria à medida que os leitos fossem instalados e disponibilizados nos estados (art. 1º, § 1º).

579. Posteriormente, a Secretaria Especializada de Atenção à Saúde do MS editou a Portaria 237 de 18/3/2020, criando a codificação das UTI exclusivas para Covid-19 e incluindo procedimentos para identificar ações relativas ao atendimento exclusivo dos pacientes com Covid-19, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Essa portaria foi

repUBLICADA, em 20/3/2020, retificando o valor da diária do leito para R\$ 1.600,00.

580. Com a edição de novas portarias, o Ministério da Saúde passou a exigir mais informações para habilitar os leitos de UTI. A Portaria GM/MS 568, de 26/3/2020, estabeleceu que os gestores locais, ao solicitar a habilitação temporária de leitos de UTI Covid-19, deveriam, entre outros, detalhar a relação dos estabelecimentos em que seriam instalados os leitos de UTI, o quantitativo de leitos a serem habilitados; os equipamentos e recursos humanos disponíveis para o funcionamento dos leitos.

581. Segundo a portaria, a publicação das portarias de habilitação ocorreria considerando critérios epidemiológicos e rede assistencial disponível dos estados. Todavia, a partir da leitura da portaria, não é possível compreender qual a análise empreendida pelo Ministério da Saúde para autorizar a habilitação de leitos de UTI.

582. Por meio da Portaria 1.802, de 20/7/2020, o Ministério da Saúde passou a exigir a garantia de um respirador para cada leito habilitado, equipamentos e recursos humanos necessários, compatível com os dados atualizados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e que o estabelecimento e os leitos de UTI deveriam constar nos Planos de Contingência Estaduais.

583. Esta portaria estabeleceu que a habilitação e a prorrogação dos leitos de UTI Covid-19 estão condicionadas à avaliação técnica baseada em critérios epidemiológicos (incidência, prevalência, letalidade da Covid-19), rede assistencial disponível, taxa de ocupação dos leitos e alimentação do sistema e-SUS Notifica - Internações.

584. Assim, apesar da evolução na especificação das exigências para habilitação de leitos de UTI, ratifica-se que, pela leitura das portarias, não é possível emitir qualquer juízo de valor acerca das análises do Ministério da Saúde, de como são valorados os critérios epidemiológicos e as informações sobre rede assistencial disponível.

585. Os critérios do Ministério da Saúde para habilitar os leitos de UTI e os controles para assegurar a fidedignidade das informações prestadas pelos gestores locais poderão ser objeto de futuros ciclos deste acompanhamento.

586. Por fim, faz-se importante destacar que o Brasil, como vários países, utilizou, na primeira onda de Covid-19, hospitais de campanha, que foram abertos por estados, municípios, DF e pela União, como meio de aumentar a disponibilidade de leitos em razão da alta demanda de pacientes.

587. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.514/2020, definiu critérios técnicos para a implantação de unidades de saúde temporária para assistência hospitalar (hospital de campanha) voltadas para atendimento aos pacientes no âmbito da pandemia do Covid-19.

588. Para implantação dos hospitais de campanha, os gestores estaduais, municipais e do Distrital Federal poderiam levar em consideração estratégias anteriores, como: priorizar a estruturação dos leitos clínicos e de UTI em unidades hospitalares existentes e permanentes da rede assistencial; ampliar os leitos clínicos e de UTI nas unidades hospitalares existentes e permanentes; considerar a contratação de leitos clínicos e de UTI da saúde suplementar, utilizando a infraestrutura existente na esfera privada da rede assistencial (art. 3º da Portaria 1.514/2020).

589. As unidades hospitalares de campanha deveriam funcionar com o acesso regulado, voltadas para a internação de pacientes com sintomas respiratórios de baixa e média complexidade, podendo funcionar como retaguarda clínica para unidades hospitalares permanentes que possuam UTI e sejam definidas como referência para tratamento da COVID-19.

590. A SecexSaúde, em razão da determinação do item 9.3 do Acórdão 633/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Relator Marcos Bemquerer, realizará fiscalização para levantar informações sobre os hospitais de campanha implantados pelos estados, Distrito Federal e municípios, de forma a conhecer essa estratégia, utilizada na ampliação e organização da oferta de leitos para atendimento aos pacientes acometidos pela Covid-19, bem como avaliar a viabilidade de realização de outra ação de

controle com a finalidade específica de apurar as causas e as responsabilidades dos gestores pela desativação desses hospitais.

XI. CONCLUSÃO

591. Este quinto ciclo de acompanhamento das ações do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus precisou retomar a análise de alguns temas já abordados nos ciclos de acompanhamento anteriores, em virtude da necessidade de verificação do cumprimento de deliberações dos acórdãos que apreciaram ciclos anteriores.

592. A governança do Ministério da Saúde (tópico II), no tocante à criação de estruturas para o combate à crise, comunicação e assistência farmacêutica são temas acompanhados por esta fiscalização desde o segundo ciclo do acompanhamento.

593. Deve-se registrar que, em atenção ao Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, o Ministério da Saúde elaborou plano estratégico para as ações de comunicação de risco. Contudo, verificou-se que o conteúdo da comunicação não é adequado ao momento da pandemia, além de que não foi produzida em articulação com as secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde ou com seus representantes.

594. No tocante à gestão e à assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde reduziu as suas competências previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Espin), alegando, assim, ter cumprido a determinação do item 9.1.2. do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário. Verificou-se, contudo, que os critérios utilizados para modificar essas ações justificam-se sob circunstâncias de normalidade, enquanto situações de contingência requerem medidas diferenciadas, ajustadas sob uma perspectiva de enfrentamento de crises.

595. Quanto às estruturas de combate à crise, vislumbrou-se que a redução das atribuições do Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 descumpriu o Decreto 7.616/2011, sendo necessário o ajuste das competências e da atuação do Centro, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia.

596. Observou-se ainda que, em face do agravamento da crise causada pelo novo coronavírus, que requer novos direcionamentos para o combate à pandemia da Covid-19, e em face da mudança do mais alto dirigente do Ministério da Saúde, órgão central do Sistema Único de Saúde, é necessário o estabelecimento das diretrizes e medidas de combate à pandemia, ausentes na Portaria GM/MS188/2020, que declara a situação de Emergência de Saúde Pública.

597. Tema recorrente de todos os relatórios do acompanhamento, a análise dos aspectos orçamentários e financeiros (tópico III), neste ciclo, demonstrou a necessidade de o Ministério da Saúde elaborar planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas para este ano de 2021.

598. Também retorna a este relatório a ausência de política de testagem do Ministério da Saúde para identificação de portadores do novo coronavírus (tópico VI). Em um cenário no qual a realização de testes é apontada por diferentes instituições como medida essencial de combate à pandemia, que países que realizaram testes em massa foram bem-sucedidos no combate à pandemia e que diferentes países elaboraram estratégias para testar sua população e, assim, tentar conter a cadeia de transmissão do vírus, surpreende que a “estratégia” brasileira seja testar apenas os cidadãos com sintomas que procurem os serviços de saúde, sem estabelecer qualquer meta, ação ou objetivo de acordo com os resultados.

599. No tocante à vacinação contra a Covid-19 (tópico VII), considerando a descentralização da execução da política, entendeu-se pertinente recomendar ao Ministério da Saúde que avalie a conveniência e a oportunidade de orientar os Conselhos de Saúde de todos os entes subnacionais a fiscalizar as ações dos gestores locais no combate à pandemia, dando ciência de eventuais irregularidades à casa legislativa responsável pelo controle externo do respectivo ente, bem como aos respectivos órgãos

auxiliares de controle interno e externo, com o objetivo de fomentar a descentralização do controle da atuação dos entes públicos na atual crise.

600. O relatório apresentou pela primeira vez o resultado do acompanhamento das ações do Ministério da Saúde relativas às novas variantes do vírus Sars-CoV-2 (tópico VIII). Pode-se afirmar que o Brasil, atualmente, faz bem menos sequenciamentos genômicos que outros países, que têm se saído melhor no combate à pandemia, sem desconsiderar, obviamente, a adoção de outras ações.

601. O relatório apresenta, outrossim, por meio da análise de diversos indicadores ligados à Atenção Primária, Especializada e Vigilância em Saúde um balanço do primeiro ano de Covid-19 no Brasil (tópico IX).

602. No geral, constatou-se que os municípios com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família tiveram menores taxas de mortalidade por Covid-19 em comparação com aqueles com baixa cobertura da ESF, o que é um indicativo de que, embora não haja tratamento comprovadamente eficaz contra a Covid-19, as ações realizadas no âmbito da ESF podem ter tido um papel positivo no combate à pandemia no Brasil.

603. Este relatório apresenta também uma sucinta análise do saldo das contas correntes dos entes subnacionais (tópico IV) e um panorama dos contratos de aquisição de bens e serviços relativos à pandemia, no âmbito do Ministério da Saúde (tópico V).

604. São apresentados ainda temas relativos à atuação do Ministério da Saúde na pandemia, que poderão ser objeto de futuros ciclos de fiscalização ou são objeto de ações de controle específicas na SecexSaúde (tópico X).

605. Por derradeiro, faz-se necessário registrar que esta fiscalização tem, desde o seu início, se dedicado ao acompanhamento de medidas estruturantes para o combate à pandemia, como: adequada estruturação e atribuição de competências das estruturas ligadas ao combate à crise; elaboração de planos estratégicos com definição de responsáveis, prazos, atividades pelas ações de comunicação e assistência e gestão farmacêutica; execução orçamentária e financeira e contratação de bens e serviços.

606. Em relação a problemas específicos, como desabastecimento de medicamentos e oxigênio medicinal, possível perda de testes para diagnóstico da Covid-19, objeto de representações específicas, e explosão de número de casos da doença no país, pode-se afirmar que se deveu em muito ao comportamento do Ministério da Saúde, que tem se esquivado de cumprir as determinações desta Corte de Contas, e que, ao verificar o abrandamento da pandemia no final de 2020, não foi previdente e descreu da ocorrência da segunda onda, mesmo sabedor da ocorrência desse evento na Europa.

607. E o Ministério da Saúde foi advertido acerca dessa situação por esta Corte de Contas. O Ministro Relator, em suas considerações finais do Voto que fundamentou o Acórdão 2817/2020-TCU-Plenário, registrou que o Brasil se encontrava, naquele momento (outubro de 2020), entre os países que mais sofreram com a doença, consoante o levantamento de mortes *per capita* e que, por certo, esses dados representavam uma fotografia da situação, a qual pode apresentar alterações com o desenrolar da pandemia pelas nações.

608. Destacou também que a situação da evolução da doença em cada país repercute fortemente nessas comparações relativas e que países que se apresentam em uma fase mais avançada do desenrolar da pandemia tendem a apresentar números piores do que aqueles em fases iniciais. Somente com o passar do tempo, quando todos os países tiverem passado pela pandemia, poderia ser feita uma avaliação com maior definitividade.

609. Sob esse aspecto, o Relator observou que o Brasil encontrava-se na fase descendente de número de óbitos diários, enquanto outros países vivenciavam efeito contrário. Todavia, asseverou que:

255. Outro fator apontado no bem elaborado relatório da unidade técnica foi a falta de uma estratégia de planejamento nacional para o enfrentamento da pandemia.

(...)

261. É verdade que os números atualizados pelo Ministério da Saúde indicam uma amenização dos impactos da doença com redução do número diário de mortes. **Entretanto, há de se considerar que o número ainda é elevado, não se podendo afastar a hipótese de que haja um recrudescimento do número de casos e óbitos em função da flexibilização das medidas de isolamento ocorridas nas diversas Unidades da Federação, como está acontecendo em países do continente europeu.**

262. Desta feita, entendo que há tempo hábil para que a adoção das medidas propostas na parte dispositiva do acórdão tenha resultado. [grifou-se]

XII. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

610. Diante do exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo ao Tribunal:

I – Determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias:

a) em atenção ao disposto nos arts. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1.990, 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, e 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto 7.616/2011 e, tendo como referência o Guia da OMS para Política e Práticas em Comunicação de Risco e Emergência (parágrafo 44)

a.1) retome a realização das coletivas de imprensa, com a frequência mínima de três vezes por semana, com o objetivo de informar a situação epidemiológica e sanitária do país, por estados e por região, e de fornecer dados para combater as notícias falsas, esclarecendo, no mínimo, sobre taxa de ocupação de leitos e de contaminação; quantidade de óbitos; possibilidade de, mesmo aqueles que não integram grupos de risco, desenvolverem formas graves da doença e virem a falecer ou a apresentar sequelas; relevância da vacinação; medidas de prevenção; orientações sobre tipo e uso de máscara; presença de novas variantes mais transmissíveis; possibilidade de reinfeção; risco que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas; e

a.2) articule-se com as secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde e suas entidades representativas para a realização de campanhas conjuntas para todo o país acerca da importância da adoção de medidas não farmacológicas, em atendimento ao disposto nos arts. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1.990, 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, e 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto 7.616/2011;

b) em atenção ao disposto nos arts. 16, inciso VI, c/c parágrafo único, da Lei 8.080/1990 e 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011

b.1) elabore plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional): garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus; garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes (parágrafo 106); e

b.2) ajuste sua estratégia de atuação na pandemia, no tocante à gestão e à assistência

farmacêutica, às suas competências legais e às disposições do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional) e do plano estratégico que vier a ser elaborado (parágrafo 106); e

b.3) adequar as competências do Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 e ajustar o funcionamento do Centro ao disposto no Decreto 7.616/2011, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos do item 9.1.1 do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário (parágrafo 130);

c) em atenção ao disposto no art. 10º, inciso, II, c/c, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, definir diretrizes e medidas que nortearão o combate à pandemia da Covid-19, promovendo as correspondentes alterações na Portaria GM/MS 188/2020, que declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (parágrafo 133);

d) em atenção ao disposto no art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011, elaborar planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas, contendo, no mínimo, o tipo de despesa (medicamentos, leitos de UTI, insumos, remuneração de profissionais), para o enfrentamento da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, no ano de 2021 (parágrafo 171);

e) em atenção ao disposto no art. 16, inciso VI e parágrafo único, da Lei 8.080/1990, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, elabore e implemente política nacional de testagem da Covid-19, estabelecendo, em especial, quantidade de testes e insumos para testes a serem adquiridos, público-alvo, prazo para o atendimento, frequência dos testes a serem aplicados aos integrantes do público-alvo, formas de divulgação dos resultados aos municípios para a população, periodicidade da revisão do plano ou o estabelecimento de gatilhos, vinculados à evolução da pandemia, que justifiquem a revisão das metas, vinculação do plano a uma estratégia nacional de rastreamento de contatos e/ou identificação e proteção de categorias de trabalhadores mais sujeitos à exposição e transmissão do Sars-CoV-2 (parágrafo 284).

II – Recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, que avalie a conveniência e a oportunidade de:

a) orientar os Conselhos de Saúde de todos os entes subnacionais a, com base no art. 1º, § 2º da Lei 8.142/1990, fiscalizar as ações dos gestores locais no combate à calamidade pública nacional decorrente de pandemia do vírus Sars-CoV-2, especialmente no que concerne à execução das ações de vacinação, ao registro de casos suspeitos e confirmados da doença e ao controle dos saldos nas contas correntes e das contratações realizadas, devendo, em caso de irregularidades, dar ciência de tal fato à casa legislativa responsável pelo controle externo do respectivo ente (Câmara Municipal, Assembleia Legislativa ou Câmara Legislativa), bem como aos respectivos órgãos auxiliares de controle interno e externo, na forma preconizada no art. 70 da CRFB/88 (parágrafo 343); e

b) ampliar a quantidade de sequenciamentos genéticos de amostras positivas para o vírus Sars-CoV-2, estabelecendo metas progressivas de aumento da quantidade de sequenciamentos genéticos, com a respectiva previsão de atingimento; redução do tempo total de processo de sequenciamento genético; previsão orçamentária; inclusão de novos laboratórios para a realização dos sequenciamentos ou ampliação da capacidade dos atuais laboratórios responsáveis pelos sequenciamentos; e informar as medidas adotadas, no prazo de quinze dias (parágrafo 428).

III – Dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que:

a) não se tem observado a inclusão, nos autos dos processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus, da 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, em desacordo com o disposto no art. 4º - E, § 1º, da Lei 13.979/2020 e com a determinação do item 9.1.2 do Acórdão 1.335/2020 – TCU – Plenário (parágrafo 223); e

b) a ausência da divulgação das aquisições e contratações no painel de Compras e Contratos Covid-19, situado no sítio localizassus.saude.gov.br, afronta o disposto no art. 4º, §2º, da Lei 13.979/2020 (parágrafo 228).

IV – Dar ciência à Fundação Oswaldo Cruz, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que a ausência da divulgação das informações exigidas pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020 afronta o dispositivo legal e a determinação constante do item 9.2.1 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário (parágrafo 383).

V – Comunicar à Casa Civil da Presidência da República e à Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional a respeito da não inclusão na Lei Orçamentária de 2021 de recursos específicos para o combate à Covid-19 (parágrafo 172).

VI – Considerar descumprida a determinação dos itens 9.1.2 do e 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário (parágrafos 102 e 286).

VII – Aplicar aos Srs. Antônio Elcio Franco Filho (CPF 051.519.268-61) e Eduardo Pazuello (CPF 734.125.037-20) a multa prevista no art. 58, inciso IV, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 268, inciso VII, do Regimento Interno do TCU, em razão do descumprimento das determinações dos itens 9.1.2 do e 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, fixando-lhes o prazo de quinze dias, a contar das notificações, para comprovarem, perante o Tribunal (art. 214, inciso III, alínea “a”, do Regimento Interno), o recolhimento da dívida aos cofres do Tesouro Nacional, atualizada monetariamente desde a data do presente acórdão até a do efetivo recolhimento, se for paga após o vencimento, na forma da legislação em vigor (parágrafos 103-286).

VIII – Aplicar ao Sr. Hélio Angotti Neto (CPF 082.453.537-52) a multa prevista no art. 58, inciso IV, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 268, inciso VII, do Regimento Interno do TCU, em razão do descumprimento da determinação do item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, fixando-lhe o prazo de quinze dias, a contar das notificações, para comprovarem, perante o Tribunal (art. 214, inciso III, alínea “a”, do Regimento Interno), o recolhimento da dívida aos cofres do Tesouro Nacional, atualizada monetariamente desde a data do presente acórdão até a do efetivo recolhimento, se for paga após o vencimento, na forma da legislação em vigor (parágrafo 103).

IX – Aplicar ao Sr. Arnaldo Correia de Medeiros (CPF 526.620.394-34) a multa prevista no art. 58, inciso IV, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 268, inciso VII, do Regimento Interno do TCU, em razão do descumprimento da determinação do item 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, fixando-lhe o prazo de quinze dias, a contar das notificações, para comprovarem, perante o Tribunal (art. 214, inciso III, alínea “a”, do Regimento Interno), o recolhimento da dívida aos cofres do Tesouro Nacional, atualizada monetariamente desde a data do presente acórdão até a do efetivo recolhimento, se for paga após o vencimento, na forma da legislação em vigor (parágrafo 286).

X – Autorizar, desde logo, a cobrança judicial das dívidas, caso não atendida a notificação, nos termos do art. 28, inciso II, da Lei 8.443/1992.

XI – Autorizar, caso requerido, com fundamento no art. 26 da Lei 8.443 c/c o art. 217 do Regimento Interno do TCU, o parcelamento das dívidas constantes deste acórdão em até 36 parcelas, corrigidas monetariamente até a data do pagamento, e alertar ao responsável que a falta de pagamento de qualquer parcela importará no vencimento antecipado do saldo devedor, nos termos do art. 26, parágrafo único, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 217, § 2º, do Regimento Interno do TCU.

XII – Expirado o prazo para pagamento da dívida, com fundamento no art. 28 da Lei 8.443/1992 c/c os arts. 214, inciso III, e 219 do Regimento Interno do TCU, determinar o desconto integral ou parcelado da dívida nos vencimentos, subsídio, salário ou proventos, observados os limites

previstos na legislação pertinente, dos servidores regidos pela Lei 8.112/1990.

XIII – Reformar, de ofício, o item 9.3 do Acórdão 4.049/2020 – TCU – Plenário, de modo que passe a constar (parágrafo 130):

“9.3. considerar atendida a determinação constante do item 9.1.4 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário e em atendimento a especificada no item 9.1.3 do aludido decisum”;

XIV – Considerar cumpridas as determinações dos itens 9.1.1 e 9.1.6 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário e do item 9.1 do Acórdão 4049/2020 – TCU – Plenário (parágrafos 44, 231 e 397).

XV – Considerar cumpridas as recomendações constantes dos itens 9.3 e 9.4 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário (parágrafo 389 e 392).

XVI – Considerar parcialmente atendidas as determinações constantes dos itens 9.1.5 e 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário (parágrafos 189 e 192).

XVII – Nos termos do art. 8º da Resolução TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido de monitorar as recomendações contidas no item II, alíneas “a” e “b”.

XVIII – Encaminhar, por meio do endereço eletrônico pgr-gabinetecovid19@mpf.mp.br, cópia do relatório e da deliberação que vier a ser proferida à Coordenadoria Nacional Finalística do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19) da Procuradoria-Geral da República.

XIX – Encaminhar cópia deste Acórdão à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e ao Presidente da Comissão Temporária Covid-19 do Senado Federal, Senador Confúcio Moura, a fim de atender à Solicitação do Congresso Nacional (TC 019.107/2021-5), destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenham interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhes cópia desses documentos sem quaisquer custos.

SecexSaúde, em 9/4/2021

(assinado eletronicamente)

Vivian Campos da Silva

Auditora Federal de Controle Externo
matrícula 9500-1
(Coordenadora da Fiscalização)

(assinado eletronicamente)

Guillermo Manrique Ferreira

Auditor Federal de Controle Externo
matrícula 9481-1



(assinado eletronicamente)

Anna Carolina Lemos Rosal

Auditora Federal de Controle Externo
matrícula 11175-9

(assinado eletronicamente)

Alexandre Francisco Leite Assis

Auditor Federal de Controle Externo
matrícula 10201-6