

SEGUNDO RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

TC 014.575/2020-5 Fiscalização n. 133/2020

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: Portaria de Fiscalização - SecexSaúde 133, de 19/3/2020

Período abrangido pela fiscalização: 23/3/2020 a 4/8/2020

Composição da equipe:

- Anna Carolina Lemos Rosal – mat. 11175-9
- Fabio Dorneles Vieira de Aquino - mat. 8104-3
- Vivian Campos da Silva - mat. 9500-1 (coordenadora)
- Messias Alves Trindade – matr. 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 16/4/2020

Nome: Nelson Luiz Sperle Teich

Cargo: Ministro de Estado da Saúde

Período: 16/4/2020 a 16/5/2020

Nome: Eduardo Pazuello

Cargo: Ministro de Estado da Saúde Interino

Período: a partir de 16/5/2020

I. APRESENTAÇÃO

1. Tratam os autos do segundo relatório parcial 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, autorizado por meio do despacho de 18/3/2020 do Min. Benjamin Zymler (TC 011.705/2020-5).
2. O primeiro relatório parcial do acompanhamento apresentou a metodologia planejada para a execução dos trabalhos, conforme proposta de fiscalização, que compreenderia a observação direta das reuniões dos comitês de aconselhamento, deliberativo e/ou outras estruturas de suporte à decisão e de gestão da crise e a análise dos documentos juntados ao processo eletrônico de gestão da crise do coronavírus e dos processos relacionados, por meio do acesso ao sistema de gestão processual do Ministério da Saúde, e as dificuldades enfrentadas pela equipe na execução dos trabalhos até aquele momento.
3. Foram apresentados, igualmente, aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento do coronavírus no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o fim do mês de abril de 2020, informações relativas às transferências de recursos para Estados e Municípios, às contratações analisadas e à estrutura de governança do Ministério, identificada até aquele momento.
4. Importante relatar que, nesse segundo ciclo de acompanhamento, integrantes da equipe de fiscalização se reuniram, no dia 2/6/2020 via plataforma MS Teams, com representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE), com o objetivo de conhecer as ações da Secretaria no combate à pandemia do coronavírus, e, no mesmo dia, se reuniram com servidores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre eles o Diretor Executivo da Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional, a respeito da concessão, para os integrantes da equipe do acompanhamento, de acesso ao Sistema Eletrônico de Informações (SEI/Fiocruz), no qual são tramitados os processos administrativos de contratação instaurados pela Fundação no combate ao coronavírus.
5. No dia 10/6, a equipe do acompanhamento da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) se reuniu com a equipe do acompanhamento instaurado pela Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado (SecexAdmin) e a convite desta participou de reuniões, nos dias 16 e 19/6/2020, com representantes da Secretaria Especial de Assuntos Federativos da Secretaria de Governo da Presidência da República.
6. A equipe do acompanhamento, o supervisor da fiscalização e o Secretário da SecexSaúde participaram, também, como ouvintes, no dia 23/6/2020, de reunião do Gabinete de Crise do Ministério da Saúde e, no dia 14/7/2020, a coordenadora e o supervisor da fiscalização observaram *in loco* reunião do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE).
7. Dados o cenário atual da pandemia, os achados reportados na primeira parcial ofertada ao Relator e as dificuldades e preocupações que se apresentaram desde então, em várias vertentes, de que é exemplo o número de representações autuadas neste Tribunal, houve a necessidade de que a verificação da governança do MS, inicialmente pensada com foco nas aquisições, fosse ampliada de modo a propiciar a avaliação da atuação do Ministério da Saúde de forma sistêmica, e com isso eventuais apontamentos para correção de rumo sejam endereçados a tempo à unidade jurisdicionada.
8. Neste segundo relatório serão apresentadas informações relativas à estrutura de governança do MS para o combate à crise do coronavírus (Seção II), a aspectos orçamentários e financeiros das ações de combate ao coronavírus, atualizadas até 25/6/2020 (Seção III), bem como a processos mais recentes de contratação de serviços e de aquisição de bens pelo MS, com destaque para os contratos firmados pelo Ministério da Saúde para aquisição de respiradores (Seção IV).

9. Também será apresentada uma nova análise das transferências de recursos aos entes federativos, segundo algumas perspectivas (Seção V), bem como informações relativas à aplicação dos recursos transferidos aos Estados, a partir de produção de conhecimento realizada por dez auditores lotados nas secretarias do TCU nos Estados a respeito das aquisições realizadas por Estados e Municípios com recursos transferidos em razão da pandemia (Seção VI), informações relativas aos hospitais federais do Rio de Janeiro (Seção VII), uma seção atinente à transparência das ações e informações do Ministério da Saúde (Seção VIII), e seções com considerações finais, processos conexos, conclusão e proposta de encaminhamento.

10. Considerou-se adequado iniciar a explanação pelo tópico da governança – tanto em função da importância que o tema naturalmente tem quanto pelo entendimento que o decorrido nas demais seções deste relatório – oportunidades de melhoria e necessidade de adoção de medidas – é decorrente da não efetivação a contento da governança.

11. Em decorrência da recente 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, solicitando, em prazo compatível, informações quanto às consequências práticas da implementação das medidas aventadas e eventuais alternativas, a equipe e o supervisor do acompanhamento e o Secretário da SecexSaúde apresentaram ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde, via aplicativo *Microsoft Teams*, as propostas preliminares de recomendação e determinação.

12. Adicionalmente, em atenção ao disposto nos arts. 14, § 1º, da Resolução 315/2020 e parágrafo 10 do Anexo Único à Portaria Segecex 9/2020, foi encaminhado ao gestor, para comentários, excerto do relatório de fiscalização, contendo o registro das propostas preliminares formuladas pela equipe do acompanhamento (peça 67).

13. Importante registrar que a elaboração do presente relatório contou com o apoio do Núcleo de Tratamento de Dados e Informações da SecexSaúde e da 4ª Diretoria da SecexSaúde.

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

II.1 Estrutura

14. Por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, (peça 10) solicitou-se ao Ministério da Saúde a descrição da estrutura montada para enfrentar a crise gerada pelo coronavírus, com indicação dos normativos existentes (item “a”), e a descrição da estrutura e atribuições do Comitê de Operações de Emergência em Saúde, também com indicação dos normativos de regência (item “b”), tendo em vista que a equipe do acompanhamento já tinha conhecimento da existência do citado Comitê.

15. Em resposta, o Ministério da Saúde discorreu acerca do COE, o qual seria mobilizado para propiciar a adoção de medidas de enfrentamentos durante as Emergências em Saúde Pública no SUS (ESP). Assim, tem-se que o COE é uma estrutura organizacional temporária, constituída por profissionais do MS com competência para atuar nessa tipologia de emergência, cujo objetivo é de promover a articulação e integração das diversas áreas do Ministério para resposta à crise. Sua gestão e estruturação vinculam-se ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), tratado promulgado no Brasil, por meio do Decreto 10.212/2020 (peça 31, p. 1).

16. Segundo informação do MS, a estruturação do COE permite a avaliação de dados e informações advindos das áreas técnicas para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e a definição estratégica de ações adequadas e oportunas para o enfrentamento da respectiva ESP (peça 31, p. 1).

17. O COE pode ser mobilizado para qualquer tipologia de emergência e, no Ministério da Saúde, já foi acionado para coordenar ação de resposta nacional às inundações provenientes do

rompimento da Barragem da Vale do Rio Doce, em Brumadinho/MG, ao derramamento de petróleo na costa nordeste e às emergências decorrentes do Zika Vírus, sarampo, e, por último, em resposta à Covid-19.

18. Especificamente sobre a Covid-19, foi publicada, em 3/2/2020, a Portaria GM/MS 188/2020 que estabeleceu o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCOV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, tendo sido constituído sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

19. De acordo com o art. 3º da Portaria GM/MS 188/2020, são atribuições do COE-nCOV:

- I. planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde
- II. articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;
- III. encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;
- IV. divulgar à população informações relativas à ESPIN; e
- V. propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:
 - a) o acionamento de equipes de saúde incluindo a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993;
 - b) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;
 - c) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e
 - d) o encerramento da ESPIN.

20. Em relação à competência para propor a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), como registrado no primeiro relatório do acompanhamento, a equipe de fiscalização foi informada que na prática tais decisões têm sido tomadas pelos Secretários das áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

21. O COE-nCOV foi constituído enquanto ferramenta estratégica para coordenação e alinhamento das diversas iniciativas e ações do MS na resposta à emergência de Covid-19, tendo a participação de todas as secretarias do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e de órgãos governamentais, como Agência Brasileira de Inteligência (Abin), Casa Civil, Ministério da Relações Exteriores, Ministério da Defesa, além da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

22. A partir de 24/4/2020, a responsabilidade da gestão do COE passou para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), sob a alegação de que a evolução da pandemia demandou maiores esforços de todas as secretarias do MS, em especial da área de assistência em saúde (primária e especializada) e de logística (aquisição de insumos e distribuição aos estados e municípios), além da necessidade de articulação com as decisões do Comitê de Crise da Casa Civil da Presidência da República, instituído pelo Decreto 10.277/2020 (peça 31, p. 3).

23. Além do COE, há ainda no âmbito do Ministério da Saúde o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), implementado em 2006, sem ato formal de designação de composição e competências, sendo uma congregação gestora de acompanhamento de potenciais eventos de interesse para a saúde pública organizado pela SVS/MS. O objetivo do CME é regular as discussões técnicas e a tomada de decisão pela SVS, frente a verificação de rumores nacionais e internacionais, com potencial de configurar emergências em saúde pública, e o acompanhamento de alertas internacionais (peça 31, p. 5).

24. A equipe do acompanhamento constatou *in loco* a existência de outra estrutura de combate à crise do coronavírus, além do COE e do CME, instituída no âmbito do Ministério da Saúde, o Gabinete de Crise da Covid-19, pois, como registrado no parágrafo 6, a equipe, o supervisor da fiscalização e o Secretário da SecexSaúde observaram a reunião dessa estrutura na data de 23/6/2020.
25. A mesa da reunião foi composta pelo Secretário Executivo do MS, por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). O Secretário da SecexSaúde foi convidado a compor a mesa. Frise-se que o Gabinete de Crise da Covid-19 não é uma estrutura formalmente instituída e, portanto, não há ato normativo definindo suas competências, composição e periodicidade das reuniões, o que impossibilita a identificação das diferenças de atribuições e de grau decisório entre as instâncias.
26. No primeiro relatório do acompanhamento, a equipe registrou a criação, por meio do Decreto 10.211/2020, do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPPII), coordenado pelo Ministério da Saúde, com competência para, entre outras medidas, propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional; e solicitou, por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, as atas de reunião do GEI-ESPPII.
27. Por meio do Parecer 84/2020-DSASTE/SVS/MS (peça 31), o MS informou que em razão da instituição do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, criado pelo Decreto 10.277/2020, e do Centro de Coordenação de Operação da Covid-19 (COC-Covid19), instituído pelo Decreto 10.289/2020, **o GEI-ESPPII não chegou a se reunir**. Todavia, observando-se o Decreto 10.277/2020, alterado pelo Decreto 10.289/2020, não consta no normativo a revogação expressa do decreto de criação do GEI-ESPPII e tampouco as competências do grupo interministerial foram expressamente atribuídas ao Comitê de Crise ou ao Centro de Coordenação, mencionados na resposta do Ministério da Saúde.
28. Desde o ano de 2004, visando à proteção, à resposta e à mitigação dos efeitos dos acidentes relacionados a eventos de qualquer causa, tamanho ou complexidade, a *Federal Emergency Management Agency* (FEMA), agência do governo norte-americano fornece um guia altamente consistente denominado *National Incident Management System* (NIMS).
29. O NIMS reúne componentes (conceitos, princípios, procedimentos, estruturas, processos) que permitem uma unidade nacional de esforços para enfrentar desafios além da capacidade de qualquer jurisdição ou organização.
30. Buscando sempre as melhores práticas, o NIMS é revisado pela FEMA, que para esse fim coleta informações das lições aprendidas nos incidentes e no mundo real. Assim, o manual evoluiu para capitalizar novas oportunidades e enfrentar desafios emergentes. Nesse sentido, o manual torna-se o principal elemento da gestão de emergências do modelo norte americano.
31. O NIMS é organizado em três grandes componentes: gerenciamento de recursos, comando e coordenação e comunicação e informação de gerenciamento.
32. Segundo o componente coordenação e comunicação do NIMS, independentemente do tamanho, da complexidade ou do escopo do incidente, quando há efetivo comando e coordenação, utilizando-se critérios de flexibilidade e padronização dos processos e sistemas, esses componentes contribuem para o alcance dos objetivos de se salvar vidas e estabilizar a situação de risco.
33. Reputa-se que a mudança de responsabilidade de gestão do COE-nCovid ao longo da gestão da pandemia do coronavírus pode representar um risco de perda de comando e coordenação ou de

conhecimento acumulado na gestão de crises sanitárias anteriores, um dos três grandes componentes do NIMS. Apesar das justificativas para a troca do comando, a ausência de evidências que apontem má gestão ou falta de capacidade administrativa da Secretária de Vigilância em Saúde durante a sua gestão levanta dúvidas quanto à necessidade da troca, face ao risco na perda de conhecimento e de coordenação.

34. Percebeu-se um enfraquecimento da função de comunicação com o público em geral, com o fim das coletivas de imprensa diárias, previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, que serviam de canal de mensagens esclarecedoras e informativas. Conforme descrito no modelo americano de gestão de emergências, a disseminação de informações oportunas, precisas, acessíveis ao público é importante em todas as fases da gestão de emergências. Conquanto ainda haja coletiva na Presidência da República, ampliada com outros órgãos e atores, percebe-se que a comunicação atual é sintética, sem informações analíticas que permitam à sociedade se inteirar das ações e medidas que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde.

35. Ademais, essa descontinuidade, aliada à troca de dois Ministros da Saúde durante a pandemia, juntamente com a alteração de grande parte da equipe técnica, expôs uma grande fragilidade na governança do Ministério da Saúde, que precisará ser enfrentada para capacitar o órgão para desafios como o da Covid-19.

36. Para além desse fato, a existência de instancias diversas no âmbito do Ministério para tratamento do mesmo tema sem a devida divisão de competência e atribuições implica o risco de omissão de responsabilidades ou duplicidade de comando e aumento do custo da máquina pública, impactando negativamente nos três grandes componentes descritos pelo NIMS, gerenciamento de recursos, comando e coordenação e comunicação e informação de gerenciamento, em especial, devido à informalidade da criação do gabinete de crise sem a existência de normativo que defina sua composição, atribuições e periodicidade das reuniões.

37. Embora, por óbvio, não haja normativo determinando a observância do guia *National Incident Management System* (NIMS) no Brasil – o guia é aqui referenciado como boa prática –, sua referência e diretrizes amoldam-se ao que prescreve o Decreto 9.203/2017, o qual dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Não há diferenciação temporal para aplicação dos princípios e diretrizes estipulados no referido decreto. Vale dizer, ele se aplica não somente em situações de normalidade; ao contrário, em momentos de crise é de exigir do gestor o olhar ainda mais atento e ações face à situação que se apresenta.

38. Entre os princípios da governança pública estipulados no decreto retromencionado, cita-se a capacidade de resposta (art. 3º, inciso I) e, entre as diretrizes, direcionar ações para a busca de resultados para a sociedade, encontrando soluções tempestivas e inovadoras para lidar com a limitação de recursos e com as mudanças de prioridades (art. 4º, inciso I) e definir formalmente as funções, as competências e as responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais (art. 4º, inciso X).

39. Dessa forma, é necessário que o Ministério da Saúde institua instrumento legal que regule o funcionamento do Gabinete de Crise de forma que as diversas instâncias existentes no âmbito do Ministério da Saúde criadas para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus tenham suas funções definidas e possam trabalhar de forma coordenada e colaborativa buscando proteger vidas de maneira eficiente, racional e ao menor custo para a administração pública.

40. O art. 7º, § 3º, inciso III, da Resolução TCU 315/2020, que dispõe sobre a elaboração de deliberações que contemplem medidas a serem tomadas pelas unidades jurisdicionadas no âmbito do TCU estabelece que excepcionalmente, no caso de situações em que a implementação das providências imediatas necessárias para prevenir ou corrigir irregularidade, ou remover seus efeitos, não seja factível, a unidade técnica instrutiva poderá propor determinação, desde que devidamente fundamentadas as razões que justifiquem a necessidade da adoção da medida e consideradas as razões apresentadas pelo gestor, visando a elaboração de normas que tenham por fim aspectos de aperfeiçoamento da gestão (art. 7º, § 3º, inciso VI, Resolução TCU 315/2020).

41. **Considerando que a elaboração de instrumento legal que regule o funcionamento do Gabinete de Crise da pasta ministerial tem por fim aperfeiçoar aspectos da gestão do MS no combate ao coronavírus, propõe-se determinar, com fundamento no art. 4º, inciso X, do Decreto 9.203/2007, ao Ministério da Saúde que elabore instrumento legal para regular o funcionamento do Gabinete de Crise - Covid-19 de forma que as diversas instâncias existentes no âmbito do Ministério da Saúde criadas para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus tenham suas funções definidas e possam trabalhar de forma coordenada e colaborativa buscando proteger vidas de maneira eficiente, racional e ao menor custo para a administração pública.**

42. **Na reunião realizada, via videoconferência com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, os participantes da reunião não demonstraram objeção à proposta, inclusive mencionaram a necessidade de atualizar o normativo que rege a atuação do COE, considerando as mudanças das atribuições do mecanismo. Contudo, na resposta ao excerto do relatório preliminar encaminhado ao Ministério (peça 67), não foram apresentadas manifestações em relação à proposta de determinação, motivo pelo qual a proposta foi mantida no presente relatório.**

43. Em relação à não instalação do GEI-ESPII e à não absorção de suas competências pelo Comitê de Crise ou pelo Centro de Coordenação, vê-se que este é um grupo interministerial e, portanto, seu acompanhamento foge ao escopo deste trabalho, restrito ao Ministério da Saúde. Contudo, tal assunto afeta o MS, visto que, de acordo com o Decreto 10.211/2020, a coordenação do Grupo Executivo é atribuição do MS e, dentre as competências do Grupo, inserem-se assuntos de responsabilidade do Ministério, entre eles, a proposição e a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública, assunto em relação ao qual o MS tem sido questionado no tocante à baixa execução orçamentária-financeira dos recursos destinados ao combate ao coronavírus nas modalidades aplicação direta e transferência fundo a fundo para Estados, DF e Municípios.

44. O MS tem sido igualmente questionado quanto à ausência de diretrizes para preparação e enfrentamento do coronavírus, sendo que dentre as competências do GEI-ESPII estão a proposição, acompanhamento e articulação de medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional e o estabelecimento de diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional.

45. Deve-se informar que o Ministro Vital do Rêgo, relator do acompanhamento de natureza operacional, conduzido pela SecexAdmin, com o objetivo de avaliar e acompanhar a governança do Centro de Governo durante o enfrentamento da pandemia do Covid-19, no voto condutor do Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário, que apreciou relatório do acompanhamento, orientou a unidade técnica para que, nos próximos acompanhamentos, além das análises que se fizerem necessárias, aponte também as ações implementadas com vistas a garantir a atuação coordenada entre o Comitê de Crise e o GEI-ESPII, nos termos do que estabelece o art. 8º do Decreto 10.277/2020.

46. Faz-se importante destacar que a governança na gestão da crise causada pelo novo coronavírus foi bem retratada pela SecexAdmin ao avaliar a governança do Centro de Governo, informações que, por pertinentes, são transcritas a seguir:

(...)

56. Num contexto de crise, é necessário tomar decisões a fim de afastar ou mitigar os efeitos do evento que ocasionou a crise. Isso exige tomar decisões que afetarão o futuro da nação, sob pressão e na ausência de informações relevantes.

57. A ausência de uma diretriz estratégica clara de enfrentamento ao novo coronavírus no país, com objetivos estabelecidos, a ser comunicada e implementada a nível nacional, em articulação com os demais entes federados, prejudica a efetividade das ações de coordenação, articulação, supervisão

e monitoramento dos resultados e impactos das ações implantadas, além de ocasionar desperdício de recursos humanos e financeiros.

58. Ainda que caiba a prefeitos e governadores estabelecerem parte das medidas para o enfrentamento ao coronavírus, nos respectivos entes federados, cabe ao CG o papel de propor diretrizes estratégicas e os objetivos a serem atingidos, bem como articular e coordenar sua implantação com os demais órgãos e entidades da administração pública nos três níveis.

59. A dimensão do país, bem como as variações socioeconômicas, sanitárias, de densidade populacional e até mesmo culturais entre as diversas regiões do país devem ser consideradas ao estabelecer diretrizes estratégicas efetivas de combate à epidemia do novo coronavírus, assim como na implantação política pública. Cidades com características tão peculiares e distintas, não podem replicar uma mesma estratégia de combate, da mesma forma que a estratégia utilizada por outros países não pode ser utilizada no Brasil sem adaptações que considerem as características sanitárias, demográficas e socioeconômicas do país envolvido.

60. Sem diretrizes claras de como será feito o combate à doença no país, o CG assume postura meramente reativa diante da pandemia, organizando-se prioritariamente para atender demandas. Não foi possível observar, por exemplo, critérios técnicos para eleição e priorização das localidades mais necessitadas na construção de hospitais de campanha.

61. Além disso, a ausência de estratégia nacional tem o efeito de potencializar o surgimento de planos ad hoc por parte de gestores de estados e municípios que, pressionados para fornecer uma solução à população, podem estabelecer cursos de ação não socialmente ótimos, como o superdimensionamento nas compras de equipamentos para combate a Covid-19, a construção de hospitais de campanha sem dados demográficos e sanitários que a embase e o decretamento do isolamento social além ou aquém do estritamente necessário.

62. Adicionalmente, a indefinição de um curso de ação nacional pode levar cada gestor a escolher o seu próprio curso, sem considerar os efeitos de suas ações nas circunscrições vizinhas ou mesmo no setor privado, o que pode levar a externalidades negativas.

63. A ausência de diretriz estratégica bem comunicada e transparente também afeta o cotidiano dos cidadãos brasileiros, pois não fica claro o que é esperado da população neste momento.

64. Assim, a falta do “tom do topo” (*tone at the top*) gera indefinição, o que prejudica as ações voltadas ao combate da pandemia.

II.2 Planejamento e Comunicação

47. Um dos instrumentos de planejamento para o enfrentamento à crise do coronavírus é o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (peça 52), elaborado pela SVS, ainda na gestão do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública.

48. O plano estrutura-se em ações para três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin). A definição do enquadramento dos níveis vinculou-se na avaliação de como o novo coronavírus afetaria e impactaria a saúde pública no Brasil e baseou-se nos seguintes critérios (peça 52, p. 6):

- a) Transmissibilidade da doença;
- b) Propagação geográfica;
- c) Gravidade clínica da doença;
- d) Vulnerabilidade da população;
- e) Disponibilidade de medidas preventivas (como vacinas e possíveis tratamentos);
- f) Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e evidências científicas.

49. O Nível de Alerta corresponde à situação em que o risco de introdução do SARS-COV 2 no Brasil seja elevado, porém não apresente casos suspeitos; o nível de Perigo Iminente corresponde à situação em que há confirmação de caso suspeito; e o nível Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional corresponde a situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de

coronavírus no território nacional ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS.

50. O plano organiza as ações em oito tipos de medidas para cada nível de resposta (peça 52, p. 10):

- a) Vigilância;
- b) Suporte Laboratorial;
- c) Medidas de controle de infecção;
- d) Assistência;
- e) Assistência farmacêutica;
- f) Vigilância – medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras);
- g) Comunicação de risco; e
- h) Gestão.

51. Considerando que desde fevereiro deste ano o Brasil encontra-se na situação de emergência de saúde pública, serão descritas as principais recomendações relativas a esse nível de resposta.

52. Para a Vigilância é recomendado, entre outras ações a divulgação de normas e diretrizes do MS para a prevenção e controle da infecção humana pelo novo coronavírus; garantir que os serviços de referência notifiquem, investiguem e monitorem os casos confirmados para o vírus SARS-COV-2, oportunamente, além de conduzir investigação epidemiológica e rastrear contatos de casos suspeitos e confirmados da infecção humana pelo novo coronavírus.

53. Para o Suporte Laboratorial, as principais medidas baseiam-se em garantir a execução dos fluxos para diagnósticos laboratoriais para detecção de infecção humana pela Covid-19, junto à rede de laboratórios de referência, e garantir insumos para diagnósticos da Covid-19 e de outros vírus respiratórios para rede laboratorial.

54. Quanto à Assistência, há duas medidas fundamentais a se ressaltar, o apoio ao funcionamento adequado e oportuno da organização da rede de atenção para atendimento ao aumento de contingente de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); e o apoio à ampliação de leitos, reavaliação de áreas assistenciais obsoletas, ou contratação de leitos com isolamento para atendimento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus.

55. As ações relacionadas à Assistência Farmacêutica tratam de garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimentos dos pacientes sintomáticos, além de monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual, e rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme demanda.

56. As ações relativas à Comunicações de Risco dizem respeito a orientações às instituições privadas, escolas e públicos em geral, como também à promoção de coletivas de imprensa com o porta-voz responsável pela interlocução com os veículos de comunicação e aproximação com as assessorias de comunicação dos estados para alinhamento de discursos e desenvolvimento de ações, além de outras medidas.

57. Por fim, cabe destacar a importância das medidas de Gestão para promoção de ações integradas entre órgãos de vigilância em saúde, Anvisa e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do vírus SARS-COV-2, além de garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para o diagnóstico e de medicamentos para atendimento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

58. Ao se avaliar a operacionalização do plano, salta aos olhos a ausência no documento de elementos essenciais para um bom plano de ação, como responsabilidades, prazos, áreas envolvidas nas

operações, sistemas informatizados a serem utilizados, estimativa de custos, e outras características importantes para a sua execução.

59. Nesse sentido, em que pese a denominação de Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19, diferentemente de um plano de ação, trata-se de um guia para três diferentes níveis de resposta que o Brasil possa requerer. Assim, entende-se, para sua devida operacionalização, ser necessária ainda a elaboração de planos táticos-operacionais para cada uma das ações descritas no documento.

60. Entre as ações do plano, relacionam-se ao escopo deste acompanhamento:

a) promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do vírus SARS-COV-2;

b) garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus;

c) garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus SARS- COV-2;

d) garantir a execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção humana pelo novo coronavírus, junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios;

e) garantir os insumos para diagnóstico pela infecção humana pelo novo coronavírus e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial;

f) garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes;

g) garantir medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual;

h) estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda;

i) apoiar a ampliação de leitos, reativação de áreas assistenciais obsoletas, ou contratação de leitos com isolamento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus; e

j) promover coletivas de imprensa com porta-voz responsável pela interlocução com veículos de comunicação.

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

62. Em reunião realizada com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em 2/7, para apresentação das propostas preliminares do relatório, a equipe do acompanhamento foi informada que o Ministério havia elaborado os planos mencionados, contudo não os havia formalizado por meio de portaria ou outro instrumento normativo.

63. Diante das considerações apresentadas, a equipe abstém-se de formular qualquer proposta de encaminhamento e solicitará ao MS a apresentação dos planos elaborados. O conteúdo desses planos será verificado nas próximas fases do acompanhamento.

64. Com relação à comunicação, o NIMS descreve a comunicação com o público como um dos fatores relevantes e essenciais para a coordenação do evento e afirma que a disseminação de informações oportunas, precisas, acessíveis ao público é importante em todas as fases da gestão de incidentes. Assim, a orientação da gestão de crise norte americana é de que as agências e organizações de todos os níveis de governo desenvolvam e compartilham informações públicas e para que as jurisdições e as organizações coordenem e integrem esforços de comunicação para garantir que o público receba mensagens consistentes e abrangentes.

65. Por seu turno, o Decreto 9.203/2017 estabelece como diretriz da governança pública promover a comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados da organização, de maneira a fortalecer o acesso público à informação (art. 4º, inciso XI).

66. Na versão preliminar do relatório, a equipe do acompanhamento formulou proposta para recomendar ao Ministério da Saúde a retomada das coletivas diárias de imprensa com o porta-voz responsável pela interlocução com veículos de comunicação conforme previsto no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, divulgando boletins diários sobre o desenvolvimento da Covid-19 no Brasil e emitindo orientações de saúde para o público em geral.

67. Em reunião realizada com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em 2/7, para apresentação das propostas preliminares do relatório, a equipe do acompanhamento foi informada que, na visão do Ministério, houve uma queda no interesse pelas entrevistas coletivas, tendo em vista a redução na quantidade de veículos de comunicação presentes.

68. O Secretário-Executivo ressaltou a realização de entrevistas coletivas para a divulgação de ações pontuais, a exemplo da entrevista coletiva ocorrida no dia 27/6 para anunciar a parceria da Fundação Oswaldo Cruz com a Universidade de Oxford e o laboratório AstraZeneca para pesquisa e produção de vacina para o vírus da Covid-19 e a divulgação de boletins semanais no *site* do Ministério, acerca da transferência de recursos para os Estados e Municípios.

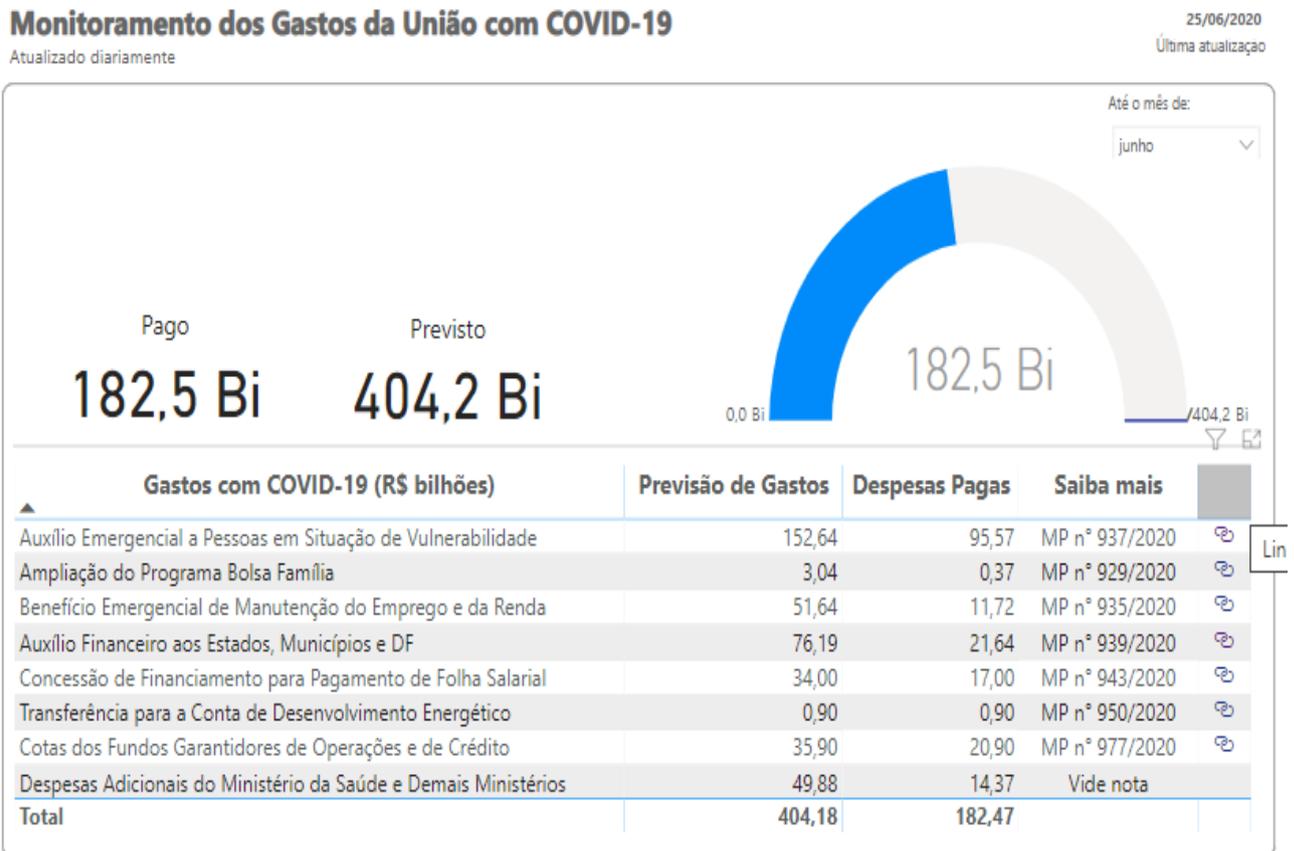
69. Diante das considerações apresentadas, a equipe abstém-se de formular qualquer proposta de encaminhamento relativamente ao aprimoramento da política de comunicação do Ministério da Saúde no âmbito das ações de combate ao coronavírus.

III. DOS ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

70. 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, no que diz respeito às ações de combate ao vírus, e dos Ministérios da Cidadania e da Economia, no tocante à mitigação dos efeitos econômicos da atual crise de saúde.

71. Conforme dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente (<https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>), até 25/6/2020, havia uma previsão orçamentária de aproximadamente R\$ 404,2 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\$ 152,64 bilhões), Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e Renda (R\$ 51,64 bilhões), Auxílio Financeiro aos Estados Municípios e Distrito Federal (R\$ 76,19 bilhões) e Concessão de Financiamento para Pagamento de Folha Salarial (R\$ 34 bilhões).

Figura 1 – Monitoramento dos Gastos da União com Combate à Covid-19



Fonte: Tesouro Transparente, em 25/6/2020

72. No tocante às ações diretas de combate à Covid-19, foi criada ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constava, até 25/6/2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 44,20 bilhões, dos quais R\$ 38,97 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.

73. Dessa forma, partindo-se da premissa 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 alcança, até o momento, um montante de R\$ 38,97 bilhões.

74. As dotações orçamentárias para essa ação têm origem em créditos extraordinários realizados por meio das seguintes medidas provisórias (MPs) editadas desde março de 2020.

Tabela 1 – Medidas Provisórias de abertura de créditos extraordinários – Covid-19

MEDIDA PROVISÓRIA	DATA	DOTAÇÃO - AÇÃO 21C0-SOMENTE MS
924/2020	13/3/2020	R\$ 4,84 bi
940/2020	2/4/2020	R\$ 9,44 bi
941/2020	2/4/2020	R\$ 2,05 bi
947/2020	8/4/2020	R\$ 2,6 bi



967/2020	19/5/2020	R\$ 5,57 bi
969/2020	20/5/2020	R\$ 10 bi
976/2020	4/6/2020	R\$ 4,47 bi
Total		R\$ 38,97 bi

75. Desses R\$ 38,97 bilhões, há dotação de R\$ 11,41 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde, conforme consulta em 25/6/2020. Há também dotação de aproximadamente R\$ 9,99 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde (modalidade de aplicação 31) e R\$ 16,87 bilhões para transferência aos fundos municipais (modalidade de aplicação 41) na referida ação.

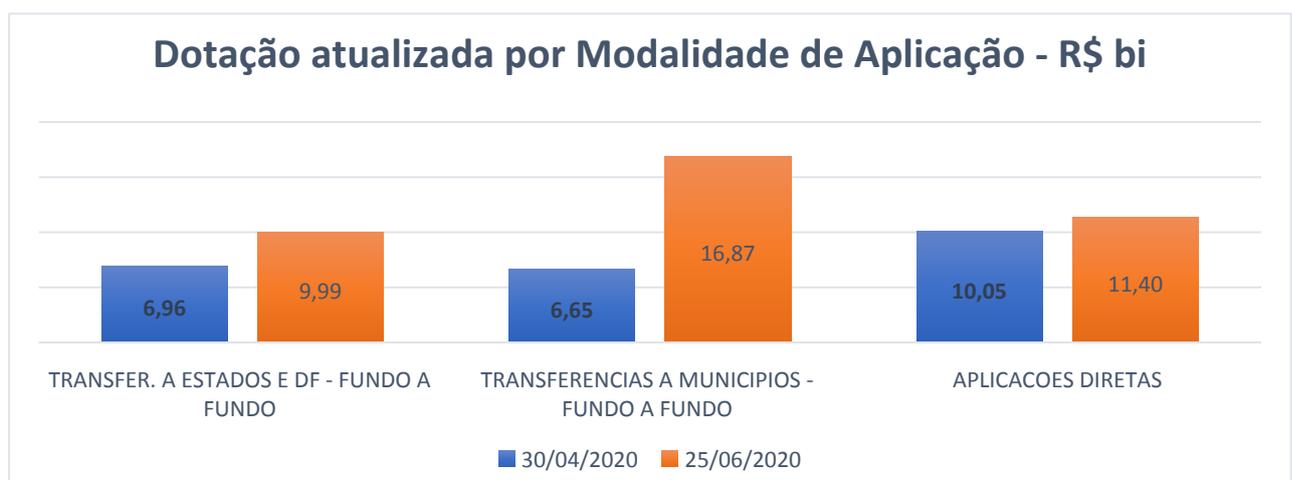
Tabela 2 – Dotação Atualizada

MODALIDADE APLICAÇÃO		DOTACAO ATUALIZADA (R\$)
31	TRANSFER. A ESTADOS E DISTRITO FEDERAL (DF) - FUNDO A FUNDO	9.992.269.042,01
40	TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS	96.246.041,00
41	TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS - FUNDO A FUNDO	16.874.453.109,47
50	TRANSF. A INST. PRIVADAS S/ FINS LUCRATIVOS	12.000.000,00
80	TRANSFERENCIAS AO EXTERIOR	542.294.000,00
90	APLICACOES DIRETAS	11.407.109.967,92
91	APLICACOES DIRETAS - OPERACOES INTERNAS	43.137.207,60

Fonte: Tesouro Gerencial em 25/06/2020

76. Observa-se, em 25/6/2020, relevante incremento das dotações destinadas aos fundos estaduais e municipais de saúde, em especial aos fundos municipais, em relação às informações consolidadas até o mês de abril de 2020.

Gráfico 1 – Dotação atualizada por modalidade de aplicação



Fonte: elaboração própria - com dados do Tesouro Gerencial em 25/6/2020

Transferências Intergovernamentais

77. Por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, solicitou-se ao Ministério da Saúde a apresentação dos estudos utilizados para fundamentar a transferência a Estados e Municípios dos

recursos previstos nas Portarias GM/MS 774, de 9/4/2020, 480, de 23/3/2020 e 395, de 16/3/2020, relativos aos créditos extraordinários abertos por meio das MPs 940 e 924 (peça 10).

78. Os estudos solicitados não foram apresentados, tendo o Ministério se limitado a afirmar que (peça 38):

a) os recursos previstos na Portaria 480/2020 tinham por objetivo fortalecer os serviços ambulatoriais e hospitalares e custear ações de saúde para enfrentamento à situação emergencial em decorrência da Covid-19 e foram distribuídos da seguinte forma: R\$ 2,00 por habitante para municípios com população inferior a 100.000 mil habitantes; R\$ 3,00 por habitante para municípios com população entre 100.000 e 499.999 habitantes; R\$ 4,00 por habitante para municípios com população entre 500.000 e 1.000.000 habitantes; R\$ 5,00 por habitante para municípios com população acima de 1.000.000 habitantes;

b) os recursos previstos na Portaria 395/2020 tinham por objetivo fortalecer os serviços ambulatoriais e hospitalares para enfrentamento à situação emergencial em decorrência da Covid-19 e foram distribuídos com base no critério populacional, atribuindo o valor de R\$ 2,00 por habitante;

c) os recursos previstos na Portaria 774/2020 foram rateados de acordo com o teto da assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) para os Estados e Municípios que detêm a gestão desses recursos; de acordo com o Piso da Atenção Básica, para aqueles municípios que não recebem recursos MAC; e de acordo com os incentivos financeiros MAC e o Piso de Atenção Básica, para os demais municípios.

79. Em relação a esta última Portaria, a de número 774/2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) afirmou que dos 5.570 municípios, 1.236 não possuem serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e 451 municípios recebem apenas incentivos financeiros, relativos a Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dentre outros. Assim, diante da necessidade de uma base de cálculo para os valores a serem repassados, teria sido considerado o repasse feito a cada município para atendimento à atenção primária, o qual é baseado na lógica *per capita* populacional, adesão e manutenção de estratégias, como saúde bucal, informatização, programas estratégicos, bem como na qualidade do serviço ofertado (peça 41).

80. Apesar dos relevantes valores previstos para disponibilização a Estados e Municípios, observa-se a baixa execução financeira no tocante às transferências fundo a fundo, conforme a tabela a seguir.

Tabela 3 – Transferências fundo a fundo

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

* TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS (40); TRANSFERÊNCIAS. A INST. PRIVADAS S/ FINS LUCRATIVOS (50); TRANSFERENCIAS AO EXTERIOR (80); APLICACOES DIRETAS - OPERACOES INTERNAS (91)

81. Importante relatar que o Ministério Público Federal (MPF), por meio da Portaria 82/2020, instaurou inquérito civil com a finalidade de apurar possível insuficiência e lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde na ação 21C0 e omissão no socorro financeiro aos Estados e

Municípios para o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus e encaminhou ofício, em 2/6/2020, ao Ministério da Saúde solicitando esclarecimentos, no prazo de dez dias úteis.

82. Em consulta ao processo administrativo instaurado pelo MS para o encaminhamento de resposta ao MPF (25000.079736/2020-93), foi possível verificar que o Ministério, em relação às transferências fundo a fundo, foi questionado quanto: à diminuição das transferências a partir de 13/4/2020; aos parâmetros para definição do montante a ser transferido para os entes federativos; à existência de condicionantes para transferência; planejamento e cronograma para o repasse dos recursos disponíveis; e autoridades competentes no âmbito do MS para deliberar sobre a efetivação das transferências fundo a fundo da ação 21C0 (peça 56).

83. A Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS), por meio da Nota Técnica 14/2020-SPO/SE/MS, em atenção ao ofício recebido, apresentou tabelas contendo os valores transferidos fundo a fundo até 12/6/2020 por unidade da federação, os valores totais transferidos aos fundos em maio e junho na ação 21C0 e informou que lhe compete coordenar as atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento e de administração financeira, em articulação com os órgãos centrais desses sistemas, obedecendo as normas desses órgãos (peça 57).

84. Nesse sentido, a SPO/MS atuaria na recepção e consolidação das demandas apresentadas pelas secretarias finalísticas, elaboração e encaminhamento ao órgão central dos pedidos de créditos adicionais para implementação das ações de enfrentamento da emergência de saúde pública em curso, bem como no acompanhamento da execução orçamentária e financeira por meio de dados extraídos do Siafi e do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop).

85. Considerando a indicação da Nota Técnica, o Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva do MS determinou o encaminhamento da demanda (peça 60) às Secretarias de Atenção Primária à Saúde (SAPS), de Atenção Especializada à Saúde (SAES), de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG).

86. A SGTES apresentou as ações da pasta, que não estão relacionadas a transferências a Estados e Municípios (peças 58-59), o DLOG informou não ter ingerência sobre as questões levantadas no ofício (peça 61), a SVS informou que as transferências financeiras não estariam no âmbito das suas ações e que não há condicionantes para a sua realização (peça 62). As demais Secretarias do Ministério não se manifestaram até o fim do mês de junho.

87. Conclui-se, a partir das respostas acima mencionadas, que as demandas do MPF não foram objetivamente esclarecidas.

88. Considerando que o Ministério da Saúde já havia sido instado a se manifestar em relação às transferências para Estados e Municípios, tanto pela presente fiscalização, por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, quanto pelo Ministério Público Federal, em razão da instauração do inquérito civil acima mencionado, tendo escoado o prazo para apresentação das informações sem resposta das secretarias finalísticas do MS, e, não havendo explicação disponível para a baixa execução financeira no tocante às transferências fundo a fundo, a equipe do acompanhamento propôs determinar ao Ministério da Saúde a apresentação, no prazo de quinze dias a contar da ciência, toda a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando desde a motivação, critérios e eventuais memórias de cálculo para definição das dotações orçamentárias até as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

89. Encaminhado o excerto do relatório de fiscalização para manifestação do Ministério da Saúde (peça 67), conforme despacho do Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva, o documento foi encaminhado para análise técnica de diversas unidades da Secretaria.

90. Em relação ao tópico em análise, se manifestaram a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, que afirmou que o detalhamento das motivações, critérios, regras e processos relativos ao

repasso de recursos a estados e municípios deve ser realizado pelas secretarias finalísticas, responsáveis pela formulação e implementação das ações de combate à pandemia e/ou outras instâncias de gerenciamento realizados pelo Ministério da Saúde (peça 85).

91. O DLOG manifestou-se acerca das aquisições e da distribuição de insumos estratégicos para o combate à pandemia, assunto que não tem relação com o tópico em análise (peças 79-81). Não foram encaminhadas as manifestações das secretarias finalísticas do Ministério.

92. Deve-se destacar a publicação, em 1/7/2020, da Portaria MS/GM 1.666/2020, que estabeleceu critérios para a distribuição de R\$ 13.800.000.000,00 aos Estados, Distrito Federal e Municípios, decorrentes das Medidas Provisórias 924/2020, 940/2020, 947/2020, 969/2020 e 976/2020. Para a distribuição de recursos para os Municípios, foram considerados: faixa populacional, valores de produção de Média e Alta Complexidade registrados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS e valores transferidos aos Municípios e Distrito Federal relativo ao Piso de Atenção Básica (PAB), no exercício de 2019.

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

94. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria, carece de explicação a baixa execução orçamentária das transferências fundo a fundo e, por se tratar de uma única portaria, ainda se faz necessário o conhecimento do regramento geral acerca de tais transferências.

95. Assim, considerando a ausência de apontamentos da pasta ministerial, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 7º, § 3º, inciso VI, Resolução TCU 315/2020, que apresente, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

Recursos aplicados diretamente pelo MS

96. No tocante aos recursos a serem aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde no âmbito federal (R\$ 11,41 bilhões), incluindo suas unidades vinculadas - que compõem o escopo deste acompanhamento – haviam sido empenhados R\$ 2,96 bilhões até 25/6.

97. Observa-se que a dotação atualizada variou de R\$ 9,1 bilhões para R\$ 11,4 bilhões. Já o valor empenhado teve um decréscimo de R\$ 3,45 bilhões para R\$ 2,96 bilhões, fato decorrente do cancelamento de relevante empenho no valor de R\$ 1,014 bilhão referente à aquisição de ventiladores pulmonares da China por meio da empresa Santos-Produtos do Brasil (Macau).

98. Com esse cancelamento, as aquisições de ventiladores pulmonares passaram a ser realizadas no Brasil a partir de contratos firmados com as empresas Magnamed (R\$ 322,55 milhões), Intermed (R\$ 258 milhões), KTK (R\$ 78 milhões), Leistung (R\$ 72,03 milhões) e Weg (R\$ 57 milhões).

99. Ainda nesse contexto dos valores empenhados, ressalte-se a existência de contratações e pagamentos de alta materialidade, de forma que quinze empenhos respondem por 77,7% do valor total supramencionado (R\$ 2,96 bilhões), dos quais onze decorrentes do orçamento do próprio Ministério da Saúde, especialmente por meio de seu Departamento de Logística em Saúde, e quatro do orçamento da Fiocruz.

100. A tabela abaixo apresenta os quinze maiores empenhos com os respectivos favorecidos e o objeto resumido da aquisição/serviço.

Tabela 4 – Maiores empenhos Covid-19 do Ministério da Saúde

Órgão	Favorecido	Objeto Resumido	Valor empenhado (R\$)
Ministério da Saúde	GLOBAL BASE DEVELOPMENT HK LIMITED	Máscaras	694.320.000,00
Ministério da Saúde	MAGNAMED TECNOLOGIA MÉDICA S/A	Ventiladores pulmonares	322.550.400,00
Ministério da Saúde	INTERMED EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA	Ventiladores pulmonares	258.000.000,00
Ministério da Saúde	COORDENACAO-GERAL DE GESTAO DE PESSOAS	Programa Médicos pelo Brasil	215.673.738,00
Ministério da Saúde	TOPMED ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	Atendimento pré-clínico (telemedicina)	144.009.900,00
Ministério da Saúde	TAM LINHAS AEREAS S/A.	Transporte de cargas	108.000.000,00
Ministério da Saúde	KTK INDUSTRIA, IMPORTACAO, EXPORTACAO E COMERCIO DE EQU	Ventiladores pulmonares	78.000.000,00
Ministério da Saúde	BANCO DO BRASIL SA	Pagamentos a residentes da área de saúde	77.517.406,00
Ministério da Saúde	LEISTUNG EQUIPAMENTOS LTDA.	Ventiladores pulmonares	72.037.000,00
Ministério da Saúde	LIFEMED INDUSTRIAL DE EQUIPAMENTOS E ARTIGOS MEDICOS E	Leitos	60.975.600,00
Ministério da Saúde	WEG DRIVES & CONTROLS - AUTOMACAO LTDA	Ventiladores pulmonares	57.000.000,00
Fundação Oswaldo Cruz	RAC ENGENHARIA E COMERCIO LTDA	Construção de Centro Emergencial	56.832.173,94
Fundação Oswaldo Cruz	INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR DO PARANA - IBMP	Kits de testes	51.632.256,00
Fundação Oswaldo Cruz	FIOTEC - FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E	A Confirmar	51.234.488,06
Fundação Oswaldo Cruz	FIOTEC - FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E	A Confirmar	50.000.000,00

Fonte: Tesouro Gerencial em 25/6/2020

101. Não se observou, durante os meses de maio e junho, a emissão de novos empenhos de alta materialidade na modalidade de aplicação direta (90) para aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs). Ao que tudo indica, houve uma alteração no modelo de aquisições do Ministério a partir das mudanças de gestão ocorridas. Em um primeiro momento, procedeu-se às contratações de grande vulto relacionadas a ventiladores pulmonares, equipamentos de proteção individual, como máscaras e sistemas de atendimento informatizados. Agora, apesar de não se verificarem empenhos de alto valor em aplicações diretas, há indicativos de que as aquisições estão focadas em testes para detecção da Covid-19 como se verificará adiante de acordo com a lista de novos processos informados pelo MS.

102. Além disso, identificou-se, por meio da modalidade de aplicação 80 – Transferências ao Exterior, a emissão de empenho superior a R\$ 400 milhões de reais para a aquisição de kits de testes de detecção por meio da Opas.

103. Nesse ponto, faz-se importante registrar que o MPF, em razão do inquérito civil instaurado (parágrafo 81), solicitou ao MS as seguintes informações quanto à aplicação direta de recursos pelo Ministério: justificativas para a utilização de apenas R\$ 804,68 milhões, de um total de R\$ 11,74 bilhões destinados à aplicação direta pela União, por meio da ação 21C0; previsão e cronograma de gastos para

implementação integral do Plano de Contingência Nacional; planejamento e cronograma para a utilização dos cerca de R\$ 8,5 bilhões da ação 21C0, indicando de forma detalhada as despesas a serem efetuadas a partir de tal rubrica; autoridades competentes, no âmbito do MS, para deliberar sobre a utilização dos recursos da aplicação direta da ação 21C0 (peça 56).

104. A SPO/MS ponderou que as despesas relativas à aplicação direta pelo Ministério da Saúde relacionavam-se à aquisição de equipamentos de proteção individual, ventiladores pulmonares e insumos para a realização de testes e aluguel de leitos de terapia intensiva e que, em todos esses casos, tem tido ampla divulgação as dificuldades para efetivar a aquisição ou contratação desses bens e serviços, enfrentadas por todas as esferas de governo, dado o crescimento vertiginoso da demanda mundial em decorrência da pandemia (peça 57).

105. A SPO afirmou que a execução orçamentária e financeira dessas despesas não depende exclusivamente da vontade ou ação do Ministério da Saúde, mas também da existência de fornecedores e do cumprimento dos requerimentos legais para efetivação das compras e afirmou que as secretarias finalísticas, demandantes das ações necessárias ao combate da Covid-19, e o DLOG, que realiza as compras de bens e a contratação de serviços relativos a insumos estratégicos para saúde, podem prestar maiores esclarecimentos sobre as dificuldades enfrentadas na execução dessas ações.

106. Como relatado no parágrafo 86, a SGTES apresentou, em resposta ao ofício do MPF, as suas ações no combate ao coronavírus. São elas as ações estratégicas “O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de Saúde”, que prevê o pagamento de bonificação de R\$ 667,00, pelo prazo de seis meses, aos profissionais de saúde que estejam cursando Programas de Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura na assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção, especialmente no enfrentamento do coronavírus, e “O Brasil Conta Comigo - Profissionais de Saúde”, por meio da qual foi criado um cadastro nacional de profissionais de saúde, identificando especialidades, localização e disponibilidade para trabalhar em possíveis ações de enfrentamento à Covid-19. O sistema também oferece, segundo a SGTES, uma capacitação nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde e treinamento presencial para atuação com segurança (peças 58-59).

107. O DLOG informou não ter ingerência sobre as questões levantadas no ofício, a SVS informou que lhe cabia a aquisição de insumos, sem apresentar maiores detalhamentos relativamente à ação, enquanto as demais Secretarias do Ministério não se manifestaram até o fim do mês de junho, conforme consulta ao processo administrativo eletrônico instaurado pelo MS, apesar da expiração do prazo concedido pelo MPF para apresentação das respostas.

108. Novamente, não se verificam respostas objetivas ao que fora efetivamente questionado pelo MPF.

Apontamentos sobre a estratégia de aquisições

109. Cumpre ressaltar que, decorridos mais de três meses do início do presente acompanhamento, ainda não foi possível, em função da insuficiência de informações disponibilizadas, identificar a estratégia de aquisições do Ministério da Saúde no combate à Covid-19, tampouco a estratégia de logística e distribuição dos insumos e materiais adquiridos. Os processos de contratações disponibilizados permitem somente a aferição da conformidade das contratações, mas não são suficientes para identificação e análise da governança e gestão das aquisições em tela. As informações acima mencionadas, em resposta ao MPF, também não evidenciam essa estratégia.

110. Por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, foi solicitado, entre outros pontos, que o MS apresentasse os estudos técnicos desenvolvidos para fundamentar as aquisições e contratações relacionadas ao combate ao coronavírus e para embasar a destinação dos objetos dessas aquisições (peça 10).

111. Ocorre que as respostas apresentadas se mostraram insuficientes (peça 39, p. 1) ou sem

conexão com o que fora questionado (peça 41, p. 1).

112. Assim como se verifica nos diversos processos já analisados pela equipe de fiscalização, a resposta constante da peça 39 apresenta informações genéricas no sentido de que as aquisições foram definidas com bases em critérios epidemiológicos, por exemplo, sem apontar quais seriam ou apresentar qualquer memória de cálculo. Também não se verificam informações concretas sobre a distribuição dos insumos e equipamentos.

113. Já a resposta constante da peça 41 apenas faz menção a processos específicos de contratação, como os já analisados serviços de atendimento pré-clínico e de ligações automatizadas, que não guardam qualquer relação com os solicitados estudos técnicos desenvolvidos para fundamentar as aquisições e contratações relacionadas ao combate ao coronavírus e para embasar a destinação dos objetos dessas aquisições.

114. É importante registrar que o MS informou que, para definir o quantitativo de insumos, adota o critério epidemiológico como principal e que utiliza critérios complementares e auxiliares para exame, considerando o caráter mutável da pandemia, como as informações consignadas pelos gestores nos planos de contingência, o qual deve ser atualizado constantemente (peça 37, p. 1). Contudo, a Secretaria de Vigilância Sanitária do MS (SVS) informou que não foi previsto que os planos de contingência deveriam apresentar estimativas para aquisição de insumos (peça 31, p. 6).

115. O Ministério também informou que estabeleceu instrumento de trabalho, em cooperação com os Estados e Municípios, no sentido de avaliar conjuntamente as carências existentes, estabelecendo um fluxo de trabalho que norteasse as condutas de forma mais célere e objetiva. Entretanto, os instrumentos citados não foram apresentados (peça 37, p. 1).

116. Segundo a Nota Técnica 43/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS, na gestão do ex-ministro Luiz Henrique Mandetta, a distribuição dos insumos era definida pela Secretaria Executiva e pelo Gabinete do Ministro, ficando a cargo da área finalística a execução das habilitações de leitos e elaboração dos projetos básicos para prosseguimento nas demais áreas técnicas dos processos de aquisição (peça 37, p. 1). Todavia, não foram apresentadas informações relativamente aos critérios de distribuição de equipamentos e insumos.

117. Tendo em vista a insuficiência das respostas apresentadas por meio de ofícios de requisição, a equipe de acompanhamento sugeriu, como proposta preliminar, determinar ao Ministério da Saúde informar como se deu a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, apresentando documentos que demonstrem a formalização da referida estratégia, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos.

118. Encaminhado o excerto do relatório de fiscalização para manifestação do Ministério da Saúde, conforme despacho do Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva, o documento foi encaminhado para análise técnica de diversas unidades da Secretaria.

119. Em relação ao tópico em análise, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento afirmou que o detalhamento das estratégias de aquisições de bens e serviços para enfrentamento da Covid-19 deve ser realizado pelas secretarias finalísticas, responsáveis pela formulação e implementação das ações de combate à pandemia e/ou outras instâncias de gerenciamento da atual situação de emergência, além do DLOG, responsável pelos processos de aquisição realizados pelo Ministério da Saúde (peça 85).

120. O DLOG informou que não responde pela estratégica de aquisição e distribuição equipamentos e insumos para o combate à pandemia e que atua na operacionalização dos processos de aquisição, a partir das demandas encaminhadas pelas áreas finalísticas, as quais são responsáveis por definir quais produtos e insumos e respectivos quantitativos devem ser adquiridos (peça 79).

121. Após concluídos os processos de aquisição, os medicamentos e insumos são recebidos pelo DLOG e, posteriormente, distribuídos, de acordo com as pautas de distribuição e critérios definidas pelas áreas finalísticas.

122. Destaque-se, entretanto, que apesar de indicadas como as responsáveis pela definição das estratégias, não foram encaminhadas as manifestações das secretarias finalísticas do Ministério.

123. A Coordenação-Geral de Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde do DLOG elencou os contratos firmados até o momento e os processos abertos para a aquisição de respiradores, equipamentos de proteção individual e testes, entre outros, para o combate à pandemia (peça 80).

124. A Coordenação Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde do DLOG, por sua vez, informou que, até 9/7, foram distribuídos 7.370 respiradores e 214.996.636 itens para o combate ao coronavírus, entre eles, equipamentos de proteção individual, testes rápidos e anestésicos (peça 81).

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

126. A Força Tarefa é competente, conforme art. 3º da referida portaria, para reavaliar e propor novos critérios para aquisição e distribuição, bem como para avaliar e definir os quantitativos para aquisição e distribuição, de equipamentos, insumos, medicamentos, entre outros.

127. De acordo com o art. 3º, § 2º, a avaliação e a definição de quantitativos para aquisição e distribuição deve considerar os critérios definidos no Anexo da portaria, entre os quais, destaca-se a existência de infraestrutura e capacidade logística para recebimento de ventiladores e de equipe profissional multidisciplinar habilitada para operação em leitos (médicos, fisioterapeuta e enfermagem), quantidade de leitos ofertados nos Planos de Contingências das Secretarias Estaduais entregues e atualizados no período da análise, número de leitos privados disponíveis para atendimento à demanda SUS no apoio ao enfrentamento da pandemia, taxa de ocupação operacional dos leitos de UTI Covid-19 e de Unidade de Suporte Ventilatório Pulmonar.

128. Conforme estabelecido no art. 4º da Portaria MS/GM 1.587/2020, a lista de distribuição deverá informar os Estados e as Capitais para os quais serão destinados os equipamentos, insumos e medicamentos para o enfrentamento da pandemia, cabendo aos Estados definir os critérios objetivos de distribuição para os municípios, levando em consideração os critérios qualificadores e objetivos, previstos na portaria, e a situação epidemiológica relacionada à Covid-19.

129. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria, carece de explicação a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, como proposto no excerto encaminhado ao Ministério da Saúde (peça 67).

130. Assim, considerando a ausência de apontamentos da pasta ministerial, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 7º, § 3º, inciso VI, Resolução TCU 315/2020, que informe, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, como se deu a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, apresentando documentos que demonstrem a formalização da referida estratégia, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos, como proposto no excerto encaminhado ao Ministério da Saúde.

IV. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES

131. Um dos objetivos desta fiscalização é o acompanhamento dos atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelos órgãos e entidades do Ministério da Saúde sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.

132. Importa registrar que o presente acompanhamento compreende as contratações que estão sendo realizadas somente no âmbito federal, excluindo-se, por conseguinte, as transferências a estados e municípios. A conformidade de contratações decorrentes de transferências fundo a fundo é objeto de outros instrumentos de fiscalização constantes do plano de acompanhamento deste Tribunal relacionado ao tema Covid-19, cujos processos podem ser visibilizados na plataforma Coopera.

Primeiros processos analisados

133. Na primeira etapa do acompanhamento, foi realizada a análise da conformidade de três processos de contratações realizadas pelo MS. O primeiro relativo à aquisição de aventais (25000.041371/2020-24), o segundo relativo à contratação de serviços de telemedicina (25000.035465/2020-64) e o terceiro relativo aos serviços de ligações automatizadas (25000.039379/2020-21). Esses dois últimos inserem-se no programa denominado TeleSUS.

134. O primeiro processo trata da aquisição de diversos insumos como álcool em gel, touca hospitalar, óculos de proteção e aventais, sendo que esses últimos chamaram a atenção pela quantidade a ser adquirida, 80 milhões, representando um valor a ser dispendido de R\$ 912 milhões. Na análise em questão, foram identificadas possíveis irregularidades e riscos relacionados, principalmente, ao dimensionamento dos quantitativos, à logística de aquisição e distribuição dos aventais, à pesquisa de preços e à capacidade operacional da empresa. Uma vez que o Ministério da Saúde foi alertado dos diversos riscos pela equipe do acompanhamento e pela Controladoria-Geral da União e decidiu dar continuidade nos moldes iniciais, a equipe optou por apresentar representação (TC 018.706/2020-7). Em resposta à oitiva prévia, o MS informou a revogação da contratação ante os diversos riscos apontados pelo Tribunal e pela CGU.

135. O segundo processo, então denominado serviço de telemedicina, no valor de R\$ 144 milhões, trata da contratação de empresa para operacionalização do serviço de atendimento pré-clínico para atendimento remoto à excepcionalidade da pandemia do coronavírus via telefone, realizada a partir de central operada por profissionais de saúde sob supervisão médica utilizando-se algoritmos clínicos adequados à identificação de caso suspeito de Covid-19 e sinais de gravidade da infecção, com desfechos de orientações ao autocuidado e encaminhamento aos serviços de saúde; bem como monitoramento remoto dos casos identificados como suspeitos e confirmados até sua resolução, quer essa identificação tenha sido realizada pelo próprio serviço ou por outros pontos de atenção da rede de saúde.

136. Na análise desse processo, foram identificados irregularidades e riscos relacionados à ausência de exigências mínimas do Ministério da Saúde acerca dos algoritmos clínicos fornecidos pela contratada; à possível demora do efetivo funcionamento do serviço em face do possível descompasso entre a solução ofertada e a expectativa do Ministério, com impacto direto sobre a população que seria destinatária do serviço; à ausência de critérios bem definidos para o estabelecimento dos preços e para a quantificação dos serviços.

137. Em um primeiro momento, preliminar à assinatura do contrato, houve tentativa de apresentação dos riscos identificados ao Ministério da Saúde, por meio de reunião reputada fracassada ante a negativa do Ministério em ouvir os riscos apontados antes de firmar o ajuste com a empresa. Ressalte-se que a CGU também fez apontamentos de riscos que constam como peça do processo interno do MS.

138. No dia 8/5/2020, o Ministério Público junto ao TCU (MPTCU) apresentou representação relativa a essa contratação (TC 018.717/2020-9) com apontamentos similares aos desta equipe de fiscalização. Realizada a oitiva prévia, o processo encontra-se em instrução na SecexSaúde.

139. O terceiro processo trata da contratação da empresa Talk Telecom, pelo valor de R\$ 46,8 milhões, para prestação de serviços de atendimento automatizado por via telefônica, a partir de algoritmo fornecido pela contratante com desfechos variáveis, incluindo o direcionamento para outro número telefônico, com disparo inicial da ligação automática a partir de base de dados da contratante, e plataforma de análise dos dados gerados, para monitoramento ativo de casos de Covid-19. O MPTCU também apresentou representação relativa a essa contratação (TC 018.977/2020-0) com apontamentos sobre possíveis irregularidades na contratação. Realizada diligência, o processo também se encontra em instrução na SecexSaúde.

Aquisição de ventiladores pulmonares

140. Nessa etapa da fiscalização, foi realizado o acompanhamento dos processos relacionados à aquisição de ventiladores pulmonares (também denominados respiradores) pelo MS. A análise que segue apresenta o panorama das contratações em tela, ressaltando-se que não foi realizada a verificação de conformidade estrita dos processos em questão, os quais contaram com avaliações pormenorizadas da CGU às quais serão feitas menções.

141. O Ministério da Saúde disponibilizou acesso a três processos de contratação relacionados à aquisição de ventiladores pulmonares que, até o momento, resultaram na contratação de cinco empresas para o fornecimento de 14.100 equipamentos ao custo de R\$ 787.587.400,00 (Processo 25000.047915/2020-61). A contratação prevista no processo 25000.045663/2020-36 (SIN 30418) foi cancelada e a do processo 25000.066268/2020-97 encontra-se em andamento.

Processo SEI 25000.045663/2020-36 (SIN 30418)

142. O primeiro processo de contratação autuado pelo Ministério da Saúde partiu de termo de referência cuja versão final solicitava a aquisição de 15.000 ventiladores pulmonares. Realizado chamamento público, em 26/3/2020, e consulta direta a potenciais fornecedores, em 27/3/2020, foram obtidas propostas de nove empresas cujos preços unitários variaram de R\$ 61.285,00 a R\$ 512.000,00 (peça 50, p. 38-39).

143. Após a análise da conformidade das propostas pelas áreas competentes do Ministério, a proposta da empresa BioCiência Produtos Científicos Ltda. – que seria representante da empresa chinesa Santos-Produtos do Brasil (Macau) Companhia de Investimento e de Comércio Ltda. - foi considerada habilitada com o valor unitário de US\$ 13.000, ou R\$ 67.600,00, conforme cotação da época (R\$ 5,20).

144. Por conseguinte, foi celebrado o Contrato 106/2020, em 3/4/2020, em nome da empresa Santos-Produtos do Brasil (Macau) Companhia de Investimento e de Comércio Ltda., pelo valor global de R\$ 1.014.000.000,00 (US\$ 195.000.000,00) (peça 50, p. 41-46).

145. Ocorre que, logo após a assinatura do ajuste, deu-se a anulação da nota de empenho, em 7/5/2020, pela “inexecução total do contrato”, de forma que a contratação pretendida no processo em questão restou fracassada, sem que houvesse tentativa com outros potenciais fornecedores (peça 50, p. 47).

146. Peças posteriores do processo informam as razões do fracasso, que decorreriam da inexistência de poderes da empresa BioCiência Produtos Científicos Ltda. para firmar o ajuste em nome da empresa Santos-Produtos do Brasil (Macau) Companhia de Investimento e de Comércio Ltda.

147. Em análise realizada pela CGU, foram apontados riscos no processo relacionados a: i) fragilidades na fundamentação da contratação, sobretudo pela natureza genérica das justificativas apresentadas no termo de referência e da ausência de manifestação técnica de beneficiários das aquisições que embasariam sua necessidade; ii) ausência de clareza sobre quais produtos seriam efetivamente entregues ao Ministério da Saúde, tendo em vista as inconsistências identificadas na proposta vencedora referente ao item ventilador pulmonar; e iii) existência e funcionamento da empresa

contratada e ao efetivo relacionamento entre essa e sua representante brasileira, a empresa BioCiência (peça 50, p. 48-59).

148. O processo evidencia que o último dos riscos apontados pela CGU se concretizou, uma vez que foram juntados documentos apresentados pela empresa Santos-Produtos do Brasil (Macau) relatando, por exemplo, que em momento algum conferira poderes para a empresa BioCiência Produtos Científicos Ltda. assinar o contrato em seu nome (peça 50, p. 60-62), configurando indícios de conduta fraudulenta dessa última empresa.

Processo 25000.047915/2020-61

149. Adicionalmente, o processo em epígrafe previa a contratação inicial de 14.000 ventiladores pulmonares conforme a versão inicial do termo de referência, de 6/4/2020. Posteriormente, no decorrer do processo, foi solicitada a contratação adicional de 5.000 equipamentos.

150. Diferentemente do processo anterior, nesses autos foram firmados com sucesso contratos com cinco empresas (peça 50, p. 1-36), conforme descrito na tabela a seguir.

Tabela 5 – Contratos de aquisição de respiradores (Processo 25000.047915/2020-61)

CONTRATO	CONTRATADA	VALOR GLOBAL (R\$)	VALOR UNITÁRIO (R\$)
120/2020	MAGNAMED TECNOLOGIA MÉDICA S/A,	322.550.400,00	49.623,14
137/2020	INTERMED EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA	258.000.000,00	60.000,00
145/2020	KTK INDÚSTRIA, IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO E COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA	78.000.000,00	23.636,36
151/2020	EMPRESA LEISTUNG EQUIPAMENTOS LTDA	72.037.000,00	59.930,95
179/2020	WEG DRIVES & CONTROLS - AUTOMAÇÃO LTDA	57.000.000,00	60.000,00
	TOTAL	787.587.400,00	-

151. De acordo com documentos constantes do processo interno do MS e que embasaram as contratações em questão, as empresas apresentaram os seguintes cronogramas para entrega dos equipamentos.

Tabela 6 – Cronograma de entrega dos respiradores

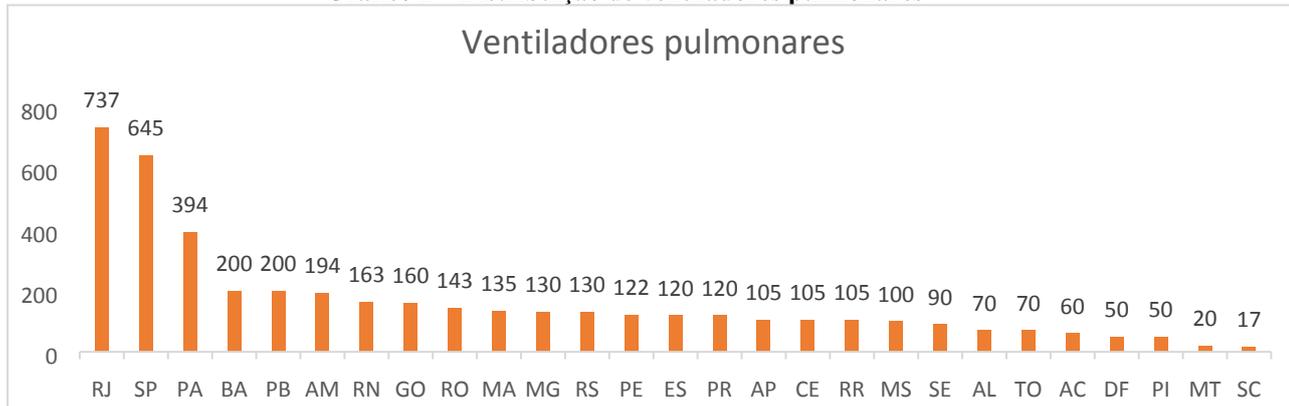
CONTRATO	CONTRATADA	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
120/2020	MAGNAMED	300	1180	2520	2500	6500
137/2020	INTERMED	300	1500	2500	-	4300
145/2020	KTK	-	1150	1650	500	3300
151/2020	LEISTUNG	174	200	400	500	*1202
143/2020	WEG	-	200	300	450	950
	TOTAL	774	4030	7070	3500	16252

* apesar de o cronograma totalizar 1274, o contrato foi formalizado com 1202 equipamentos

152. Nos processos disponibilizados pelo MS, não há informações relativas à execução dos contratos. Apesar de haver conhecimento sobre atrasos nas entregas, em decorrência de fatores diversos como a dificuldade de obtenção de peças pelas contratadas junto ao mercado fornecedor (peça 50, p. 63-94), não se tem informação sobre o grau de execução e possíveis prejuízos para o atendimento à população.

153. Apesar disso, obteve-se informação sobre a distribuição de equipamentos aos entes subnacionais por meio do painel <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php> que, em 25/6/2020, data da consolidação do dados do relatório, informava o total de 4.435 ventiladores pulmonares distribuídos, conforme o gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Distribuição de ventiladores pulmonares



154. Informe-se que o MS, em resposta ao excerto encaminhado com as propostas preliminares do acompanhamento, informou o número atualizado de 7.370 equipamentos, o que será analisado no próximo ciclo do acompanhamento.

155. A CGU também realizou análise relacionada a esse processo (peça 50, p. 95-98), na qual apontou as seguintes fragilidades e riscos: i) possibilidade de ausência de entregas, entregas parciais ou extemporâneas; ii) ausência de justificativas ou definição dos preços praticados; iii) ausência de consecução dos objetivos da União; iv) ausência de previsão acerca dos Estados e Municípios que receberão os equipamentos; v) ausência de definição da logística e redistribuição dos equipamentos; e vi) risco de sobreposição de contratos com outros entes federativos.

Processo 25000.066268/2020-97

156. Finalmente, o processo em questão trata da aquisição adicional de 3.000 ventiladores pulmonares. Na data da consulta, encontrava-se em estágio inicial de escolha do fornecedor e de avaliação dos órgãos de controle interno.

Considerações sobre as aquisições de ventiladores pulmonares

157. Considerando a análise da etapa de contratação (as fases de liquidação e pagamento não constam dos processos disponibilizados), não foram identificadas irregularidades na condução do processo atinentes à existência, por exemplo, de sobrepreço. Ressalte-se, entretanto, a possível conduta fraudulenta da empresa BioCiência Produtos Científicos Ltda. no âmbito do processo 25000.045663/2020-36, que não resultou em dano efetivo ao erário ante a inexistência de quaisquer pagamentos.

158. Conforme apontado pela CGU e já relatado pela equipe deste acompanhamento em outras oportunidades, os processos de aquisição de ventiladores possuem as mesmas fragilidades já identificadas em diversos outros processos no tocante à insuficiente justificativa dos quantitativos e à ausência de informações sobre a logística de distribuição para os destinatários.

159. Entretanto, no caso dos ventiladores, o risco relacionado à aquisição em quantitativos desnecessários parece afastada, dada a já difundida informação na mídia ou nos próprios entes governamentais acerca da necessidade e da dificuldade de aquisição dos mencionados equipamentos. O

valor unitário também é de maior valor, o que naturalmente chama atenção, o objeto é de singular característica e isso propicia maior controle.

160. Quanto à distribuição, o Ministério passou a divulgar em painel na internet, bem como em mídias sociais o quantitativo distribuído aos entes federados. No entanto, com os dados disponibilizados até a data de elaboração deste relatório, não há elementos disponíveis para uma avaliação aprofundada do tema, como, por exemplo, em relação aos critérios de distribuição dos respiradores adotados pelo Ministério ou em relação à aderência aos critérios de distribuição estabelecidos na Portaria MS/GM 1.587/2020, que instituiu a Força Tarefa de Fundamentação, para os respiradores distribuídos após a publicação da portaria. Apenas é possível observar que o total distribuído de 4.435 constante do painel do MS (registre-se que o MS divulgou na mesma data da consulta a informação acerca da distribuição de 4.857 ventiladores) é substancialmente inferior ao previsto no cronograma de entrega das empresas contratadas que previa, até o fim junho, a entrega de 7.070 equipamentos.

Novos processos de contratações

161. Conforme alertado, no período de maio a junho, observou-se uma mudança no padrão das contratações do MS e verificou-se um aumento das contratações da Fiocruz, entidade vinculada ao Ministério.

162. Se, em um primeiro momento, as contratações estavam relacionadas a grandes aquisições de equipamentos como máscaras e ventiladores pulmonares, os novos processos disponibilizados à equipe de acompanhamento dizem respeito, precipuamente, à aquisição de testes ou de insumos correlatos para a detecção de Covid-19.

163. A partir de maio de 2020, o Ministério, por meio de sua Diretoria de Integridade (Dinteg), informou e disponibilizou acesso aos seguintes processos:

Tabela 7 – Processos disponibilizados a partir de maio/2020

Número do Processo	Objeto Resumido	Estágio atual	Valor empenhado (R\$)
25000.066268/2020-97	Aquisição de 3000 ventiladores	Escolha do fornecedor	Ainda não há
25000.050925/2020-84	serviços de testagem (3 milhões)	Contrato 142/2020	Sem custo (doação)
25000.042173/2020-88	Serviços de testagem (4 milhões)	Escolha do fornecedor	Ainda não há
25000.047847/2020-31	Aquisição de insumos laboratoriais	Pesquisa de preços	Ainda não há
25000.173875/2018-98	Serviços de testagem	Formalização de aditivos a contratos pré-existentes	Ainda não há
25000.173833/2018-57	Serviços de testagem (187.500)	Aditivo ao contrato	R\$ 933.750,00
25000.052790/2020-91	Insumos laboratoriais	Aditivo ao contrato	R\$ 5.850,00
25000.041848/2020-71	insumos laboratoriais	Escolha do fornecedor	Ainda não há
25000.044197/2020-71	insumos laboratoriais	Escolha do fornecedor	Ainda não há
25000.051346/2020-59	Serviços de testagem	Pesquisa de preços	Ainda não há

164. Com exceção do processo relativo à aquisição de ventiladores pulmonares, os demais confirmam o foco em testes e insumos correlatos, com baixa execução até o momento. Apesar de a equipe do levantamento não ter avaliado a conformidade das contratações, importa registrar que, como regra, os novos processos têm sido encaminhados para avaliação da Diretoria de Integridade e têm recebido avaliação de riscos por parte da Controladoria-Geral da União, que configura relevante medida para mitigação dos riscos às aquisições.

165. Além dessas aquisições diretas do Ministério, foram identificados dois empenhos em favor da Organização Pan-Americana de Saúde, que alcançam o valor de R\$ 432,38 milhões e se referem à aquisição de kits de testes por intermédio dessa organização por meio de instrumento de termo de cooperação técnica.

166. Além disso, a equipe identificou o aumento da execução orçamentária da Fiocruz. Dos empenhos de R\$ 2,88 bilhões, uma parcela de R\$ 490,50 milhões corresponde a despesas da referida Fundação. Dessa forma, na próxima etapa do acompanhamento, buscar-se-á o entendimento dessas contratações, bem com a eventual análise de conformidade de processos selecionados caso identificados riscos em relação a critérios de materialidade e relevância.

V. DAS TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

167. O item 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, relativo ao primeiro relatório elaborado no âmbito do presente acompanhamento, recomendou ao Ministério da Saúde que adotasse critérios técnicos para disponibilizar recursos relacionados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência *per capita* da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes.

168. No voto que consubstanciou o citado acórdão, o Ministro Benjamin Zymler destacou que dois dos primeiros repasses de recursos (Portarias GM/MS 395/2020 e 480/2020) observaram critérios populacionais, que seriam adequados para um primeiro momento, mas que deveriam ser objeto de aperfeiçoamento porque a incidência da doença não estaria ocorrendo de forma proporcional entre as diferentes unidades federadas.

169. Ademais, foi enfatizado que a oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar não é uniforme pelo território nacional e que há de se tomar cuidado para que novos modelos de financiamento, como o estabelecido na Portaria GM/MS 774/2020, não maximizem eventuais distorções, ao invés de mitigá-las.

170. Foi possível verificar que os valores destinados aos entes subnacionais (considerando tanto as transferências a Estados como a Municípios e a data de extração dos dados de 28/5/2020), em termos *per capita*, oscilou entre R\$ 108,39 em Roraima e R\$ 24,99 no Pará, e tiveram diferentes estratégias de alocação. O Acre foi o estado que mais concentrou recursos das transferências no governo estadual (89%), ao passo que Minas Gerais foi o estado que mais descentralizou recursos aos municípios (83,3%).

171. Essas diferentes estratégias possivelmente decorreram das portarias do Ministério da Saúde que definiram que a distribuição do recurso no âmbito intraestadual estava a cargo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada ente. No geral, dos 26 estados, nove concentraram mais recursos no governo estadual (AC, RO, SE, PE, ES, AP, TO, RR e RN) e os outros 17 destinaram mais recursos aos governos municipais.

Gráfico 3: Valores Transferidos para Estados, DF e Municípios para Covid-19

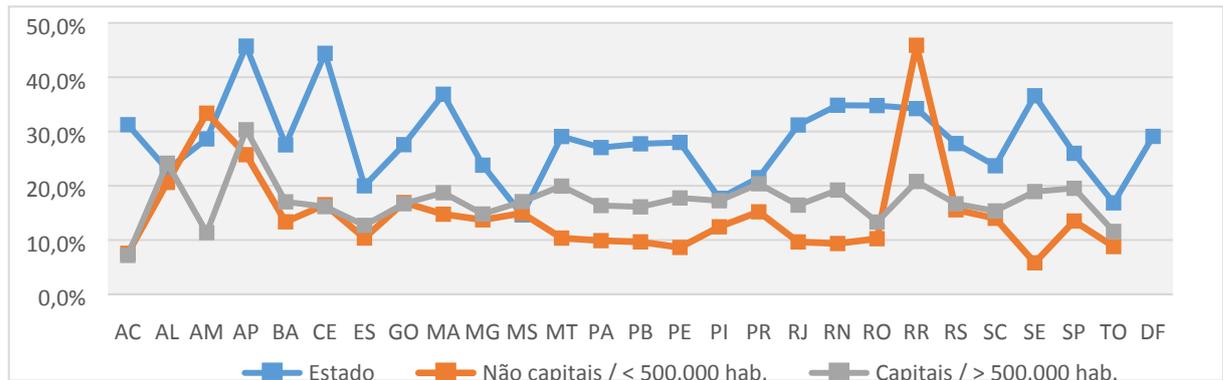

Fonte: FNS e IBGE (projeção da população de 2019). Dados extraídos em 28/5/2020.

172. Ao se analisar o total de recursos transferidos para ações de combate à pandemia de Covid-19 em relação ao total de transferências recebidas pelos entes via Fundo Nacional de Saúde (FNS), observa-se que, para alguns entes, as transferências para o combate da pandemia correspondem a mais de 40% do total de recursos recebidos.

173. Em teoria, os entes federados que receberam maior percentual de recursos para o enfrentamento da Covid-19 em relação às suas transferências ordinárias podem enfrentar mais dificuldades de gestão dos valores, pois foram demandados, em uma situação emergencial, a gerir um orçamento ao qual não estão acostumados, e em um contexto de escassez de insumos no mercado, dada a elevada demanda.

174. Via de regra, os estados tiveram um maior reforço no seu orçamento, seguidos pelos municípios que são capitais ou que possuem mais de 500 mil habitantes. Não obstante, existem municípios de menor porte que tiveram grandes incrementos de transferências; o exemplo mais latente se deu em Roraima, estado no qual os municípios do interior (não capitais com menos de 500 mil habitantes) receberam aproximadamente R\$ 49 milhões de recursos via transferências fundo a fundo, e R\$ 22,5 milhões eram destinados para o combate ao Covid-19 (45,88% do total).

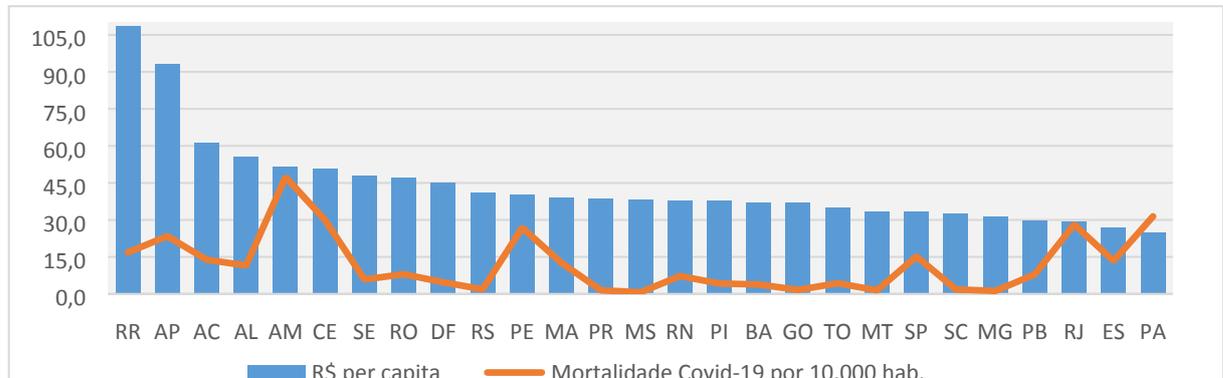
Gráfico 4: Valores Transferidos para o Covid-19 em Relação ao Total de Transferência via FNS



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

175. No que concerne ao montante total *per capita* transferido às unidades federadas em relação às taxas de mortalidade por Covid nos respectivos territórios, não se observa correlação aparente. Chama a atenção o fato de Pará e Rio de Janeiro terem, respectivamente, a segunda e a terceira maior taxa de mortalidade por Covid-19 (31,4 e 28,1 mortes por 10.000 habitantes), conforme dados informados pelo Ministério da Saúde em 28/5/2020, mas serem duas das três Unidades da Federação (UF) que menos receberam recursos em termos *per capita* para a pandemia.

Gráfico 5: Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 em Relação à Mortalidade



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

176. Há que se considerar que os recursos destinados aos entes subnacionais (Estados, DF e Municípios) para o combate à pandemia de Covid-19 podem ser utilizados em três níveis de atuação:

- atenção primária (também chamada de atenção básica);
- atenção especializada (também chamada de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar);
- vigilância em saúde (também chamada de vigilância sanitária e epidemiológica).

177. A atenção primária possui grande potencial para a identificação precoce de casos suspeitos de Covid-19, com caráter resolutivo em pacientes de menor gravidade. É razoável o entendimento de que as transferências federais para esse nível de atuação devam observar critérios populacionais, pois, ainda que determinada localidade não tenha casos confirmados de Covid-19, um sistema de atenção básica bem estruturado focado em ações preventivas de toda a população pode impedir que a doença se alastre rapidamente.

178. De modo semelhante, é plausível o entendimento de que as transferências para ações de vigilância em saúde relacionadas à Covid-19 devam observar critérios *per capita*, pois este nível de atenção cuida de ações de prevenção e controle da doença, como a compra de insumos de proteção individual e realização de exames de diagnóstico na população.

179. Não obstante, o tratamento no âmbito da atenção especializada se dá preponderantemente no ambiente hospitalar e não faz sentido usar o critério *per capita* para tais transferências. Isso porque existem municípios que não possuem hospitais ou que, mesmo possuindo, historicamente mandam seus pacientes para outras localidades em busca de atendimento. Se em situações normais esses municípios não conseguem atender os próprios pacientes, é pouco razoável achar que em uma situação emergencial irão conseguir.

180. Nesse contexto, o presente acompanhamento buscou avaliar a correlação entre transferência *per capita* e a capacidade dos entes federados em oferecer assistência em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar a pacientes com o Covid-19. Por questões didáticas, optou-se por avaliar dados dos estados, das capitais dos estados, dos municípios com mais de 500 mil habitantes, bem como dos municípios com menos de 500 mil habitantes de forma consolidada por estado.

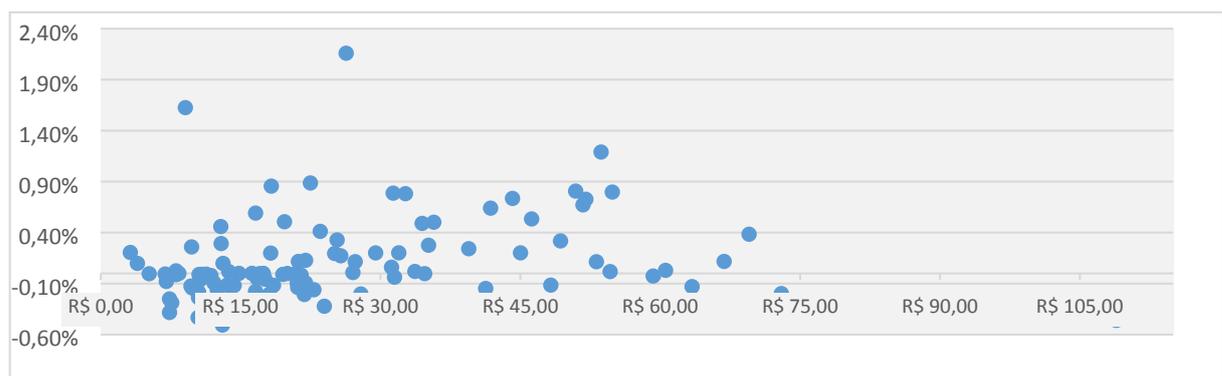
Valor transferido vs internações hospitalares relacionadas a doenças do aparelho respiratório ou circulatório

181. Uma primeira análise realizada foi filtrar as internações hospitalares registradas no SUS para causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório ou circulatório, que são internações que vêm apresentando relação com quadros infecciosos de Covid-19. Com essas duas informações, observou-se quais entes em 2019 receberam pacientes de outras localidades, e quais mandaram pacientes para serem atendidos fora do seu domicílio.

182. No eixo X do gráfico 6 tem-se o total transferido *per capita* (os recursos variam de R\$ 3,17 em Rio Branco, no Acre, e R\$ 108,91 para os municípios do interior de Roraima); no eixo Y tem-se o percentual da população que se deslocou a determinado município ou veio de outro município em busca de internação hospitalar. Por exemplo, em Jaboatão dos Guararapes/PE, 0,51% da população do município foi para outros municípios para ser internada, já o município de Recife recebeu o equivalente a 2,16% da sua população de outros municípios para tratamento.

183. Era de se esperar que as localidades que receberam mais pacientes de outros entes (ou seja, com percentual positivo) recebessem maiores valores e que aquelas que mandam pacientes (percentual negativo) recebessem menores valores. Contudo, conforme se pode ver no gráfico 6, não existe correlação aparente.

Gráfico 6: Correlação entre Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 e o Saldo de Internações por Doenças nos Aparelhos Respiratório e Circulatório em 2019



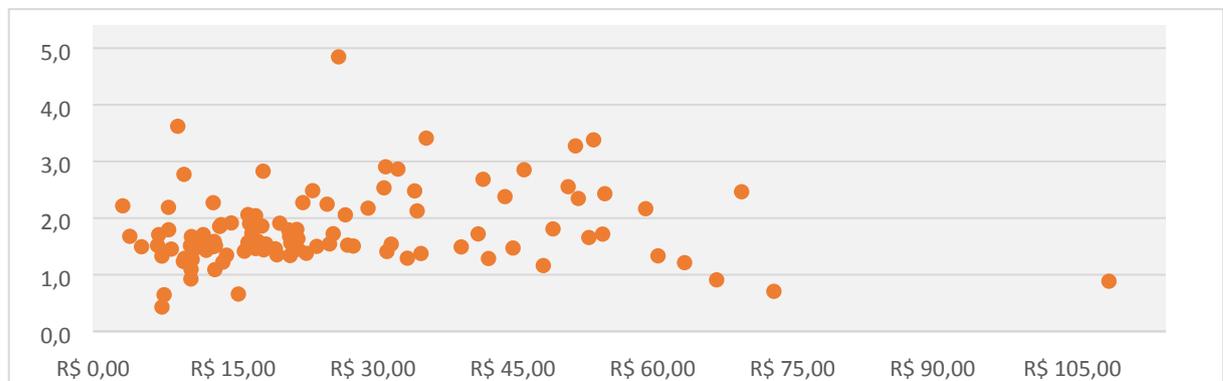
Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e SIH/Datasus. Dados extraídos em 28/5/2020.

Valor transferido vs disponibilidade no SUS de leitos de internação ou complementares

184. Uma segunda análise foi feita em relação à disponibilidade no SUS de leitos de internação ou complementares, a partir da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Partiu-se do entendimento de que seria razoável pressupor que os locais que tivessem mais leitos potencialmente capazes de receber pacientes com o Covid-19 recebessem mais recursos.

185. Neste caso, no gráfico 7 adiante manteve-se o Eixo X (recursos *per capita*) e o Eixo Y trouxe a quantidade de leitos disponíveis ao SUS por mil habitantes (que oscilou entre 0,43 em Belford Roxo-RJ e 4,85 em Recife-PE). Assim como verificado no gráfico anterior, não restou evidenciada correlação aparente.

Gráfico 7: Correlação entre Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 e o Número de Leitos de Internação e Complementares Disponíveis ao SUS em 2019



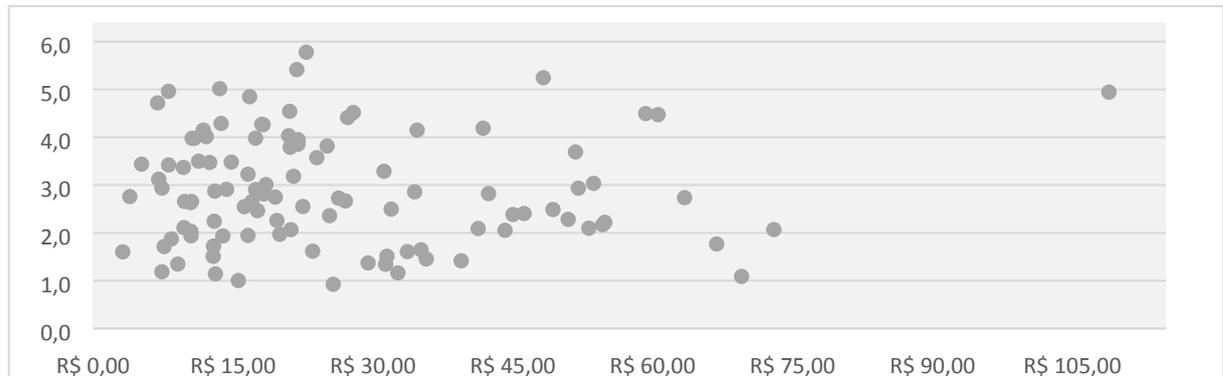
Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e CNES/Datasus. Dados extraídos em 28/5/2020.

Valor transferido vs internações associadas à gripe ou pneumonia

186. Uma terceira análise considerou a quantidade de internações em uma determinada localidade para quadros de gripe ou pneumonia. Nesta análise, partiu-se do pressuposto de que, como a Covid-19 é transmitida de modo semelhante ao vírus da influenza, as localidades cujos residentes mais foram internados com quadros de gripe e pneumonia teriam maior possibilidade de enfrentar mais dificuldades com o avanço da pandemia por Covid-19.

187. Conforme pode ser visto no gráfico 8, o Eixo Y trouxe o número de internações por gripe ou pneumonia por 1.000 habitantes (residentes), e os valores oscilaram entre 0,92 em Feira de Santana, na Bahia, e 5,78 para os municípios do interior do Mato Grosso do Sul. Do mesmo modo em que nos gráficos anteriores, não é possível identificar uma correlação aparente entre as internações e os recursos transferidos.

Gráfico 8: Correlação entre Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 e o Número de Internações por 1.000 Habitantes por Gripe e Pneumonia em 2019



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

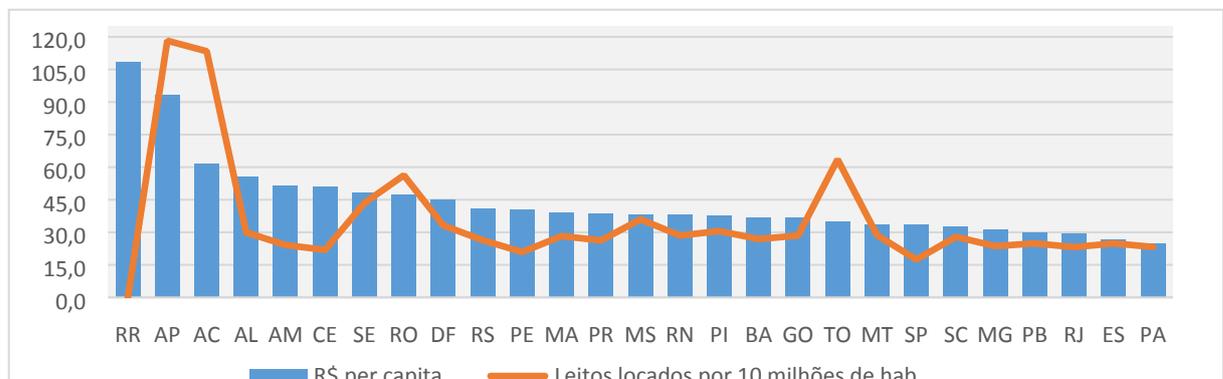
Transferência de recursos: leitos locados e outros insumos estratégicos

188. Há que se considerar que, além das transferências via Fundo Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde também realizou contratações de forma direta e ofereceu leitos e insumos estratégicos aos Estados, DF e Municípios.

189. Nesse contexto, um produto relevante oferecido pela pasta ministerial aos entes subnacionais são os chamados “leitos locados”, que deveriam atender aos pacientes em unidades de terapia intensiva, com estrutura montada pelo Ministério da Saúde na área de determinado hospital indicada por gestores locais. Na data de extração dos dados, existiam 530 leitos locados, distribuídos em 26 unidades federadas (apenas Roraima não tinha nenhuma estrutura montada).

190. Ao se cruzar a quantidade de leitos locados, em termos relativos, com o total das transferências recebidas pelas unidades da federação, observa-se que Amapá e Acre foram os estados que proporcionalmente mais receberam leitos locados (118,24 e 113,39 por 10 milhões de habitantes, respectivamente), não obstante também terem recebido transferências *per capita* superiores aos demais entes.

Gráfico 9: Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 em Relação à Quantidade de Leitos Locados pelo Ministério da Saúde

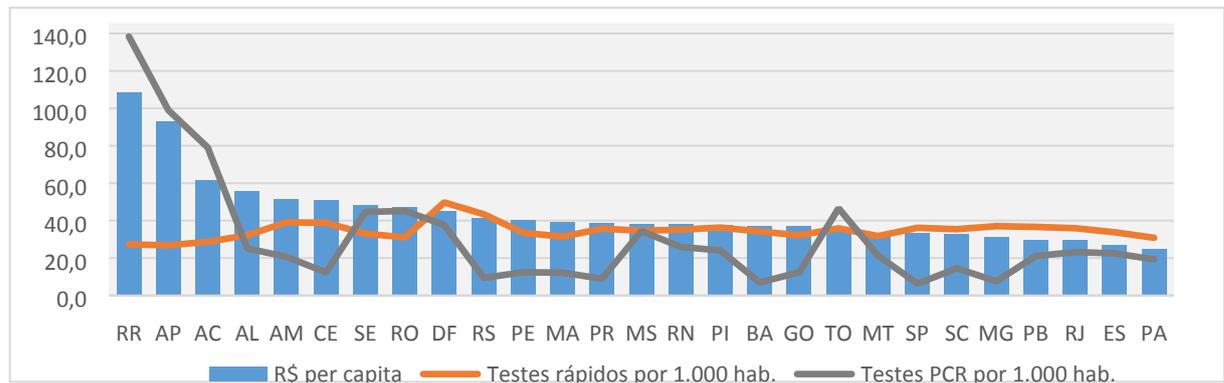


Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel de Leitos e Insumos. Dados extraídos em 28/5/2020.

191. Outros insumos relevantes são os testes de diagnóstico para Covid-19, distribuídos pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Painel de Leitos e Insumos, esses se dividem nos chamados “testes rápidos” e “testes RT-PCR”, sigla para *Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction*.

192. Os testes rápidos tiveram uma menor variância na distribuição entre os entes federados (por 1.000 habitantes), oscilando entre 49,72 no Distrito Federal e 26,82 no Amapá, com uma média de 34,69 e um desvio padrão de 4,70. Já os testes PCR tiveram uma maior distribuição para Roraima (138,38), Amapá (99,06) e Acre (79,06), enquanto São Paulo (6,32) e Bahia (6,96) receberam proporcionalmente as menores quantidades; a média das unidades federadas foi 30,79 e o desvio padrão de 30,50.

Gráfico 10: Valores Per capita Transferidos para Covid-19 em Relação aos Testes Distribuídos



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

193. Conquanto as taxas de mortalidade decorram de uma conjunção de fatores, entende-se aportar neste tópico (distribuição de recursos em relação aos testes distribuídos) a análise de taxa de mortalidade, por se entender que a estratégia de testagem tem o potencial maior de repercutir na taxa de mortalidade.

194. Não se sabe ao certo quais são as taxas de contaminação e de mortalidade pelo vírus SARS-CoV-2. A OMS e o governo brasileiro apresentam um balanço diário com os casos reportados de Covid-19, mas esses são tipicamente uma pequena parcela do total, seja pelo elevado número de pacientes assintomáticos (ou que apresentam sintomas leves), seja por dificuldades técnicas de realização de testes de diagnóstico em todos os casos suspeitos.

195. Dados globais da OMS indicam que as taxas de mortalidade por Covid-19 variam muito entre países. De acordo com o relatório *Situation report 153 – Coronavirus disease 2019*, de 21/6/2020, mesmo países que possuem condições demográficas e socioeconômicas semelhantes apresentam dados significativamente diferentes. A título exemplificativo, o citado relatório reporta que a Alemanha tem 189.822 casos confirmados com 8.882 mortes (taxa de 4,7%); já a França tem 154.562 casos confirmados com 29.565 mortes (taxa de 19,1%).

196. Existem diversos fatores que podem justificar as diferenças nas taxas, como diferentes estratégias de testagem, o modo como os casos são reportados, possíveis atrasos na entrega dos dados, a demografia do respectivo país, o estágio da pandemia em seu território e o quão bem o sistema de saúde está lidando com a crise. Todavia, um aspecto chave é a quantidade de casos diagnosticados.

197. Em artigo postado por Martha Henriques no portal da rede BBC (*British Broadcasting Corporation*), intitulado *Coronavirus: Why death and mortality rates differ*, o diretor do Instituto de Epidemiologia e Biometria Médica da Universidade de Ulm, na Alemanha, Dietrich Rothenbacher informa que a falta de testes sistemáticos na maior parte dos países é a principal fonte de variação nas taxas de mortalidade.

198. É de se esperar que com mais testes uma maior quantidade de pessoas seja diagnosticada e isso contribua gradativamente para menores taxas de mortalidade em decorrência da pandemia.

199. Nos últimos meses houve um aumento global da mortalidade por Covid-19, tendo como referência o número de casos reportados. Em conferência realizada em 29/1/2020, a OMS reportou uma taxa de mortalidade de 2%; em 3/3/2020, essa taxa foi revista para aproximadamente 3,4%. Dados atuais, extraídos do relatório supracitado (*Situation report 153*, de 21/6/2020) indicam que existem em todo o mundo 8.708.008 casos reportados com 461.715 mortes, o que indica que essa taxa chegou a 5,3%.

200. A expansão da taxa de mortalidade pode ser um indicativo que governos de todo o mundo estão com dificuldades de diagnosticar a população potencialmente contaminada, frente a um rápido avanço da pandemia. Em contraponto, 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-los.

201. Nesse contexto, o governo federal lançou em 6/5/2020 a estratégia “Diagnosticar para Cuidar”, plano com o objetivo de realizar 46 milhões de testes na população, com cinco fases:

- Fase de implantação (prevista para os meses de janeiro a março), com ações de parceria, capacitação de laboratórios e início de produção de testes pela Fiocruz;
- Fase da parceria público-privada (prevista para os meses de abril a maio), com contratos firmados para realização de testes;
- Fase de ampliação (prevista para os meses de junho a agosto), com o aumento da capacidade de realização dos testes;
- Fase de desaceleração (prevista para os meses de setembro a outubro), com ações de avaliação do perfil de ocorrência do vírus no período de sazonalidade de vírus respiratórios;
- Fase do legado (prevista para os meses de novembro a dezembro) com distribuição de equipamentos recebidos por doação ou aquisições para a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e atualização de sistemas de vigilância.

202. Os indicadores sobre a taxa de mortalidade por Covid-19 no Brasil podem implicitamente retratar como está a realização de exames de diagnóstico para o Covid-19 no território nacional.

203. Sob uma perspectiva internacional, consoante relatório da Organização Mundial de Saúde de 21/6/2020, o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade em relação aos casos confirmados de 4,74%, pouco inferior à taxa global informada pela OMS (5,30%). Selecionando-se os países objeto de comparações internacionais do último Relatório Sistemático da Saúde (TC. 037.057/2018-9), observa-se que a taxa oscilou entre 19,13% na França e 1,37% na Austrália, com uma média de 5,84% e um desvio-padrão de 4,86%.

204. Em relação à América Latina, o Brasil possui taxas de mortalidades maiores que Chile (1,8%), Argentina (2,74%) e Peru (3,09%), e inferiores às do México (11,96%). Em relação aos países chamado grupo dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), as taxas brasileiras são inferiores apenas às registradas da China (5,47%).

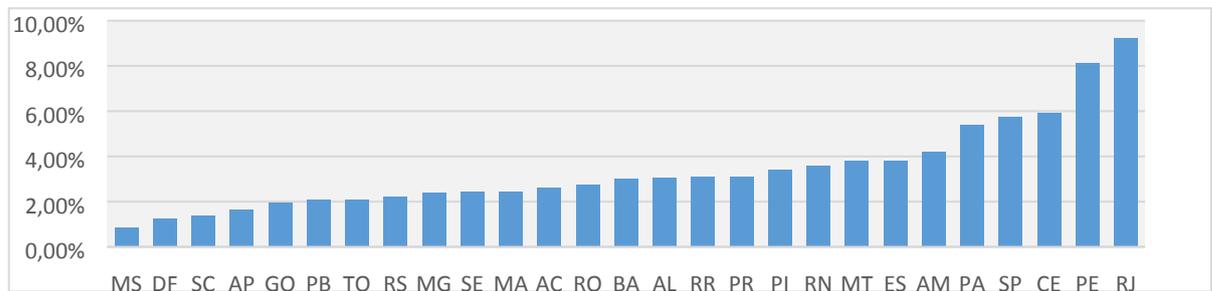
Gráfico 11: Taxas Internacionais de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados)



Fonte: OMS, Situation report 153 – Coronavirus disease 2019 (Covid-19), de 21/6/2020.

205. Dados do Painel Coronavírus, atualizado até 21/6/2020 às 18h45min, indicam que as taxas domésticas de mortalidade em relação aos casos reportados também oscilam muito entre as unidades federadas. Enquanto Mato Grosso do Sul apresenta uma taxa de mortalidade de 0,86% em relação aos casos reportados (o que é um indicativo que a UF estava até então sendo comparativamente bem-sucedida na identificação de casos da doença), o Rio de Janeiro apresenta a mesma taxa de 9,23%.

Gráfico 12: Taxas Nacionais de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados)



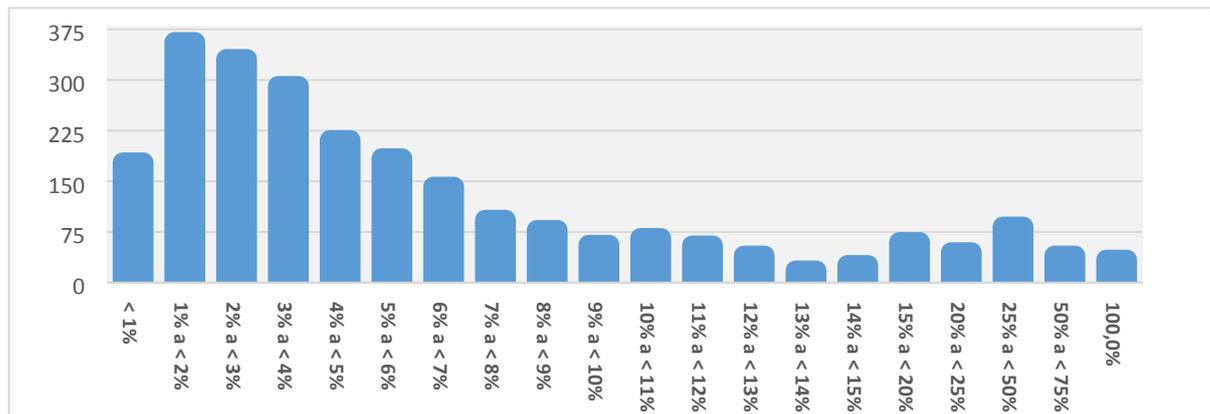
Fonte: MS, Painel Coronavírus, atualizado pela última vez em 21/6/2020 às 18:45.

206. Quando essa análise é expandida para o nível municipal, verifica-se que, na data de extração dos dados, 4.849 dos 5.570 municípios do Brasil tinha casos de Covid-19 confirmados e 2.387 tinham mortes em decorrência da doença. No geral, a maior parte dos 2.387 dos municípios com mortes confirmadas pelo vírus apresentaram taxas de mortalidade no intervalo entre 1% e 2%.

207. Não obstante, chama a atenção a existência de um número relevante de municípios brasileiros (202 no total) que apresentam taxas de mortalidade superiores a 25%, sendo que em 34 deles a taxa foi de 100% (ou seja, foram diagnosticados apenas pessoas que morrem com o Covid-19). Embora

seja precipitado tirar conclusões a respeito, trata-se de um indício de que alguns municípios estão com dificuldades de testar seus habitantes para a doença, e que o número real de contaminados tende a ser maior que os casos reportados.

Gráfico 13: Número de Municípios por Intervalos de Taxas Nacionais de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados)



Fonte: MS, Painel Coronavirus, atualizado pela última vez em 21/6/2020 às 18:45.

208. Considerando-se o porte dos municípios, observa-se que, em média, os municípios que possuem entre 50 mil e 100 mil habitantes são os que possuem menores taxas de mortalidade por Covid-19, o que é um indicativo que eles têm sido mais eficientes em identificar a população contaminada. No total, 27,87% desses municípios possuem taxas de mortalidade em relação aos casos reportados inferiores a 2%, e sem taxas superiores a 25%.

209. No outro extremo, as maiores taxas de mortalidades estão concentradas nos municípios com menos de 10 mil habitantes. Embora exista um percentual relevante desse grupo que apresentem taxas de mortalidade inferiores a 2% (10,56% no total), está concentrado nesses municípios a quase totalidade dos casos de taxas de mortalidade em relação aos casos reportados superiores a 50%.

Tabela 8: Relação entre Taxas de Mortalidade por Covid-19 (Casos Reportados) e População Residente nos Municípios

Taxa de Mortalidade	Número de Residentes no Município				
	até 10 mil.	10 mil a < 50 mil	50 mil a < 100 mil	100 mil a < 500 mil	maiores que 500 mil
menor que 2%	10,56%	24,72%	27,87%	24,91%	12,50%
2% a < 4%	13,62%	27,04%	32,46%	32,23%	33,33%
4% a < 6%	9,86%	17,15%	18,03%	20,51%	27,08%
6% a < 8%	8,45%	10,04%	12,79%	9,16%	2,08%
8% a < 10%	6,34%	5,84%	2,95%	5,49%	10,42%
10% a < 15%	15,02%	7,49%	5,25%	6,59%	14,58%
15% a < 25%	10,56%	4,12%	0,66%	1,10%	0,00%
25% a < 50%	11,74%	2,47%	0,00%	0,00%	0,00%
50% a < 100%	6,34%	0,97%	0,00%	0,00%	0,00%
100%	7,51%	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: MS, Painel Coronavirus, atualizado pela última vez em 21/6/2020 às 18:45.

210. Tais dados indicam que a estratégia de realizar testes em massa na população pode não ser tão eficiente nos menores municípios brasileiros, que em muitos casos possuem as piores condições socioeconômicas e historicamente sofrem com falta de capacidade de gestão. Existe a necessidade de

que sejam adotadas outras estratégias de caráter preventivo para evitar que o Covid-19 se alastre nesse grupo de municípios.

211. Esse é um dado particularmente preocupante se considerarmos que, consoante estimativas das populações residentes nos 5.570 municípios brasileiros, com data de referência em 1/7/2019, encaminhadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao TCU para o cálculo do Fundo de Participação de Estados e Municípios, 2.452 deles possuíam menos de 10 mil habitantes (44,02% do total), com uma população estimada de mais de 12 milhões de habitantes.

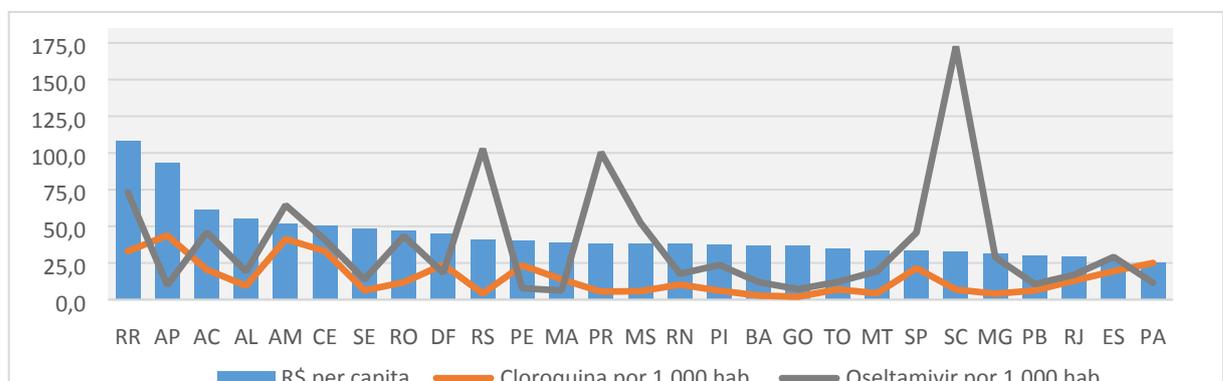
212. Ressalta-se que em audiência pública ocorrida no dia 23/6/2020 em comissão mista no Congresso Nacional que analisa as ações de combate à pandemia, o ministro interino da Saúde, Eduardo Pazuello, anunciou programa de testagem em massa e informou que o diagnóstico clínico passará a compor a base de dados de casos de Covid-19. Essa nova diretriz quanto ao diagnóstico clínico pode vir a impactar a estratégia de combate à doença.

213. É prematuro tirar conclusões definitivas a respeito da adequação ou não das ações do Ministério da Saúde, haja vista não existir um cenário claro de como a pandemia irá evoluir no território nacional. Não obstante, é prudente que essa Corte de Contas mantenha acompanhamento próximo a respeito desses dados a fim de avaliar a efetividade da ação governamental e, se for o caso, propor recomendações com vistas a aperfeiçoar a atuação pública.

214. No que concerne à distribuição de medicamentos, embora não haja evidências científicas sobre um tratamento que possa prevenir a infecção por Covid-19 ou ser utilizado com 100% de eficácia no tratamento, o Painel de Leitos e Insumos do Ministério da Saúde apresentou dados de distribuição para a Cloroquina (comprimidos) e Oseltamivir (cápsulas), antiviral usado na prevenção e tratamento de gripe por Influenzavirus A e Influenzavirus B.

215. A distribuição do fármaco Cloroquina por mil habitantes oscilou entre 1,99 em Goiás e 43,75 no Pará, com uma média de 14,96 e um desvio padrão de 12,07. Já no que concerne ao Oseltamivir, observou-se picos de distribuições nos três estados da Região Sul, com dados por 1.000 habitantes de 172,57 para Santa Catarina, 102,85 no Rio Grande do Sul e 100,42 no Paraná; ao passo que Pernambuco e Maranhão receberam, respectivamente, 7,76 e 6,16 unidades por mil habitantes. A média de distribuição do Oseltamivir entre as unidades federadas foi de 37,22 com um desvio padrão de 38,18.

Gráfico 14: Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 em Relação aos Medicamentos Distribuídos

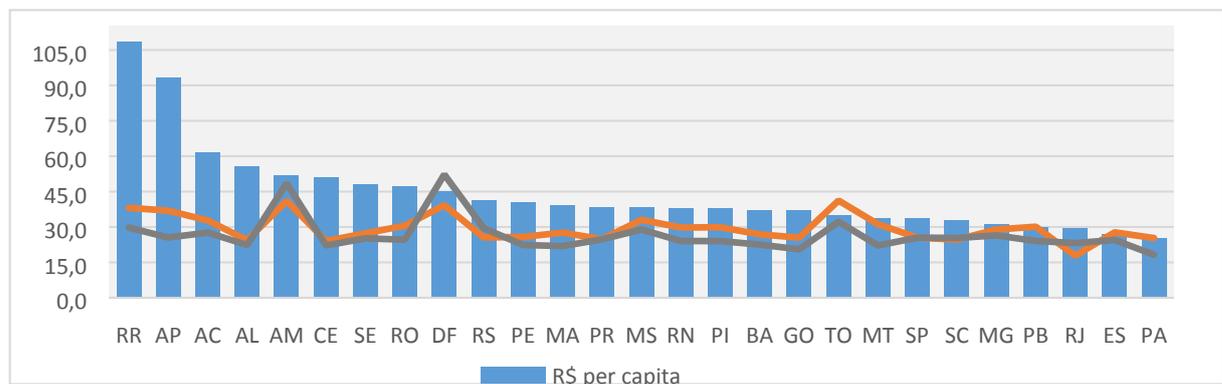


Fonte: FNS, SIAFI/SIOP e Painel de Leitos e Insumos. Dados extraídos em 28/5/2020.

216. Uma outra análise realizada foi em relação a dois insumos distribuídos para higienização e proteção individual: álcool em gel (litro) e óculos e protetor facial. Em ambos os casos se observou menor variação entre as unidades federadas, mas, a exemplo das análises anteriores, sem correlação aparente com os recursos transferidos às unidades federadas.

217. No caso dos óculos e protetores faciais, a distribuição relativa (por 10.000 habitantes) oscilou entre 17,84 no Rio de Janeiro e 41,20 no Tocantins, com uma média de 29,47 e um desvio padrão de 5,74. Já a mesma distribuição relativa de litros de álcool em gel oscilou entre 18,22 no Pará e 52,26 no Distrito Federal, com uma média de 26,59 e um desvio padrão de 7,50.

Gráfico 15: Valores *Per capita* Transferidos para Covid-19 em Relação a Insumos de Higiene e Proteção Individual



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

218. Há de se destacar que eventuais diferenças na distribuição de leitos e insumos estratégicos podem ser justificáveis por diversos fatores. As análises realizadas nos parágrafos anteriores demonstram que a distribuição de insumos não justifica, por si só, as diferenças de valores transferidos entre os diferentes entes subnacionais.

219. Ressalte-se que, até a presente data, praticamente cinco meses após a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188 de 3/2/2020, e como dito em seção anterior deste relatório, são desconhecidos os critérios para transferência de recursos financeiros e para distribuição de insumos adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde.

220. É importante reforçar que até hoje não existe um cenário claro de como a pandemia irá evoluir no território nacional. Diversos modelos preditivos se mostraram inconsistentes e isso maximiza a necessidade de que as instâncias gestoras do SUS fortaleçam sua estrutura de governança montada para o combate à crise gerada pelo Covid-19, conforme proposta feita na Seção II deste relatório, e busquem critérios técnicos e objetivos para alocar os seus recursos no combate à pandemia.

221. Como registrado nos parágrafos 92-93, em 1/7/2020, foi publicada a Portaria MS/GM 1.666/2020, que estabeleceu critérios para a distribuição de R\$ 13.800.000.000,00 aos Estados, Distrito Federal e Municípios, decorrentes das Medidas Provisórias 924/2020, 940/2020, 947/2020, 969/2020 e 976/2020. Para a distribuição de recursos foram considerados critérios populacionais, valores de produção de Média e Alta Complexidade, números de leitos de UTI, taxa de incidência da Covid-19 por 100.000 habitantes, entre outros.

222. Em que pese a publicação da portaria, é prudente manter o acompanhamento dos repasses do Fundo Nacional de Saúde, com o objetivo de verificar se eventuais futuras transferências serão balizadas pela recomendação constante do item 9.2.1 do Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler e se persistem ou serão mitigadas o que parecem ser distorções inicialmente verificadas nesta seção do relatório.

VI. DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS AOS ESTADOS

223. A SecexSaúde, além do presente trabalho de fiscalização, destinado a acompanhar a

governança e as aquisições do Ministério da Saúde, autuou um processo de produção de conhecimento para acompanhar, em dez Estados – Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo –, até o final do mês de maio, a aplicação dos recursos transferidos pela União para enfrentamento à emergência de saúde pública declarada em razão do novo coronavírus (TC 015.856/2020-8).

224. O levantamento das informações da produção de conhecimento foi pensado de forma a não onerar os gestores estaduais, sendo que as informações sobre as aquisições, inclusive sobre a fonte dos recursos das contratações deveria ser obtida nos sites de transparência dos Estados e por meio das publicações nos diários oficiais.

225. Deve-se registrar que não foi possível obter diversas informações relativas às contratações dos Estados realizadas com recursos repassados na ação 21C0. No caso do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, com base nos dados do final de maio/2020, não foi possível identificar a fonte de recursos referente a R\$ 211.064.703,58 empenhados. No Estado do Ceará, também considerando os dados obtidos até o final de maio/2020, foram empenhados R\$ 108.022.181,49, relativos a 35 contratos, cujo objeto descrito no portal da transparência é “aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológico, laboratorial e hospitalar”, R\$ 22.837.257,74 foram empenhados em contratos cujo objeto está descrito como “material farmacológico”, R\$ 13.538.340,69 referente a contratos descritos como “material hospitalar”, R\$ 4.069.269,04 em “material laboratorial” e R\$ 8.405.591,04 em “outros materiais e serviços para distribuição gratuita”.

226. A expectativa da SecexSaúde, ao dar início à produção de conhecimento, era traçar um panorama da política de enfrentamento da pandemia no país, a partir da análise das aquisições do Ministério da Saúde e das aquisições dos Estados e Municípios, com recursos descentralizados pelo Ministério, identificar as diretrizes da política de aquisição de insumos para o combate à Covid-19, se houve sobreposição ou lacunas nas aquisições, e avaliar a articulação do Ministério da Saúde e dos demais entes federativos, neste ponto.

227. Todavia, esta tarefa foi dificultada pela falta do detalhamento ou de padronização dos objetos dos contratos. Dos dez estados selecionados para a produção de conhecimento, foi possível obter informações relativas aos quantitativos de insumos adquiridos de quatro estados e, mesmo nesses estados, não foi possível obter dados relativos a todos os insumos distribuídos pelo Ministério da Saúde, quais sejam máscaras cirúrgicas e N-95, álcool em gel, aventais, testes rápidos, luvas, óculos e protetores faciais, toucas e sapatilhas, testes PCR e respiradores.

228. Considerando informação recebida em reunião no Ministério da Saúde, na data de 30/4/2020, segundo a qual os Estados teriam elaborado planos de contingência com previsão dos insumos que seriam necessários para o combate à pandemia, por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, foi solicitado ao Ministério da Saúde a apresentação dos planos de contingência dos dez estados selecionados para a produção de conhecimento, contendo as estimativas de necessidade de equipamentos e insumos de cada Estado (peça 10).

229. A Secretaria de Vigilância Sanitária do MS informou que não foi previsto que os planos de contingência deveriam apresentar estimativas para aquisição de insumos e que, contudo, o Estado do Pará apresentou em seu plano de contingência sua necessidade de EPIs e equipamentos (peça 31, p. 6).

230. A SVS destacou que não estava em seu escopo de atuação definir ou adquirir materiais para o enfrentamento da pandemia e que tal assunto seria competência da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Contudo, no processo não consta manifestação da SAES quanto ao assunto.

231. Também foi solicitado ao Ministério da Saúde a apresentação de requisições de compras e de contratação de serviços apresentadas pelos Estados e Municípios, com mais de 100 mil habitantes, relacionadas ao combate ao coronavírus, com o objetivo de comparar as requisições dos Estados com o

quantitativo de insumos distribuídos aos entes federativos. Contudo, o MS informou que, considerando a situação de pandemia que mobiliza grande parte da ação do Ministério, restava impossível o levantamento das informações requeridas (peça 29, p. 2).

232. Deve-se registrar que em documento elaborado pela Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar relativo ao aumento do quantitativo de ventiladores pulmonares, há a afirmação expressa de que, em relação aos equipamentos citados, “o Ministério da Saúde desconhece a existência de doações de empresas, ou outros atores, que porventura tenham sido destinadas aos Estados e Municípios, bem como a realização de compras descentralizadas que tenham sido conduzidas pelos entes federados” (peça 40, p. 11).

233. A importância de conhecer o que os demais entes federativos adquiriram reside no fato de que o Ministério da Saúde repassou a esses entes recursos para preparar o SUS como um todo, reforçando especificamente os serviços de média e alta complexidade para o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus. É necessário, principalmente considerando a existência de recursos ainda a serem transferidos, que a necessidade de recursos seja continuamente avaliada pelo Ministério da Saúde e que a sociedade e os órgãos de controle possam avaliar a política de enfrentamento da pandemia adotada pelo MS.

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

235. Esta conclusão reforça a proposta de determinação formulada no parágrafo 95 para que o Ministério da Saúde apresente a este Tribunal toda a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

VII. DA ATUAÇÃO DOS HOSPITAIS FEDERAIS NO RJ NO CONTEXTO DA PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19

236. Verificou-se ainda, no contexto da pandemia causada pela Covid-19, a atuação dos hospitais federais e institutos nacionais vinculados ao Ministério da Saúde situados na cidade do Rio de Janeiro, quais sejam: Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

237. O Tribunal recentemente, na data de 3/6/2020, recebeu representação de autoria do Ministério Público de Contas, instado por representação do MPF, relatando omissão do Governo Federal ao não contratar profissionais de saúde para atuar nesses hospitais, os quais teriam leitos equipados para receber pacientes, mas bloqueados no sistema do SUS por falta de recursos humanos (TC 020.437/2020-0).

238. Aquela representação contém informações extraídas de um sistema denominado Plataforma SMS-RJ, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, obtidas pelo MPF/RJ em 15/5/2020, relacionando, em cada um dos seis hospitais federais situados na cidade do Rio de Janeiro, o quantitativo de leitos impedidos que estão preparados para tratar pacientes acometidos pelo novo coronavírus e afirma que uma parcela desses leitos poderia ser ativada caso houvesse a disponibilização de recursos humanos (RH) adequados (peça 2, p. 15-25, do TC 020.437/2020-0).

Tabela 9 – Leitos impedidos hospitalares federais RJ

Hospital Federal no Rio de Janeiro	Total de Leitos Impedidos	Leitos Impedidos (COVID) por falta de RH	
		UTI/UI	Clínica Médica
Hospital Federal do Andaraí - HFA	93	5	-
Hospital Federal Cardoso Fontes - HFCE	105	4	6
Hospital Federal de Ipanema - HFI	48	7	-
Hospital Federal da Lagoa - HFL	116	1	30
Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE	219	3	27
Hospital Federal de Bonsucesso - HFB	189	12	86
Total	770	32	149

239. Ressalta-se que as telas apresentadas pelos procuradores do MPF (peça 2, p. 20-25, do TC 020.437/2020-0), cujas informações alimentam o quadro acima, não deixam claro que a informação se refere a leitos Covid-19 indisponíveis somente por falta de RH, mas está se tomando como tal devido ao informado pelos referidos procuradores, tendo em vista que o TCU não tem acesso ao referido sistema.

240. Está em andamento o Edital 74/2020, lançado pela Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro S/A – Riosaúde, em 22/4/2020, para contratar RH que atue no Hospital de Campanha da Prefeitura do Rio de Janeiro (Riocentro), Hospital Federal de Bonsucesso e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Fundão). Conforme se observa no endereço eletrônico da Riosaúde, já foram realizados diversos chamamentos e ainda não se alcançou a contratação do quantitativo de profissionais de saúde necessário para a abertura de todos os leitos programados (<http://prefeitura.rio/rio-saude/processo-seletivo/http://prefeitura.rio/rio-saude/processo-seletivo/>).

241. Ainda naquela representação, os procuradores questionam os critérios de transferências de recursos a Estados e Municípios. Relatam que o Ministério da Saúde receberá, a título de reforço da dotação atualizada para 2020, R\$ 34,50 bilhões (56,34%), e que não há, no Portal de Monitoramento do Tesouro Transparente, nenhum registro de realização de despesa com contratação por tempo determinado pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da Covid-19. A esse respeito, cabe observar os parágrafos 70-130 e 167-192 do presente relatório.

242. Em relação especificamente ao Rio de Janeiro, o parágrafo 175 registrou que, considerando os dados de 28/5/2020, chama a atenção o fato de Pará e Rio de Janeiro terem, respectivamente, a segunda e a terceira maior taxa de mortalidade por Covid-19 (31,4 e 28,1 mortes por 10.000 habitantes), conforme dados informados pelo Ministério da Saúde em 28/5/2020, mas serem duas das três Unidades da Federação (UF) que menos receberam recursos em termos *per capita* para a pandemia.

243. A representação apresentada foi analisada pela unidade técnica e, em cumprimento ao despacho do relator, os autos encontram-se em comunicação, aguardando resposta às diligências efetivadas.

244. O déficit de pessoal é problema crônico nos hospitais e institutos federais situados na cidade do Rio de Janeiro, acompanhado e tratado por esta Corte desde longa data, tanto em auditorias como nos processos de contas apresentados pelas unidades jurisdicionadas. Afora as fiscalizações relacionadas a aquisições de medicamentos, insumos, controle de estoques, controle de frequência por meio de ponto eletrônico, destacam-se as seguintes fiscalizações:

- a. Em 2002, foi realizado Levantamento de Auditoria Operacional (TC 017.972/2000-4) sobre o tema “a inserção e o grau de comprometimento dos Hospitais Públicos Federais na Rede de Saúde Pública na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e as articulações mantidas entre as Gestões Federal, Estadual e Municipais, visando ao aumento da qualidade dos serviços disponibilizados à população” - Decisão 415/2002-TCU-Plenário (Ministro-Relator Walton Alencar Rodrigues);

- b. O Acórdão 2.029/2005-TCU-Plenário (Ministro-Relator Valmir Campelo) determinou o acompanhamento das ações decorrentes da declaração de calamidade pública no setor hospitalar do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro. Em decorrência, o Acórdão 1.095/2007-TCU-Plenário (Ministro-Relator Marcos Vilaça), em seu subitem 9.1.6, determinou ao MS que conclua levantamento nos Hospitais Federais da Lagoa, do Andaraí, de Ipanema e Cardoso Fontes, indicando o quantitativo e o perfil de servidores necessários ao pleno funcionamento daquelas unidades;
- c. Por meio do TC 031.373/2015-1, foi realizada fiscalização na modalidade acompanhamento abrangendo diversos institutos de saúde, vinculados ao MS e sediados no Rio de Janeiro. Tal fiscalização objetivou dimensionar a oferta global de serviços hospitalares nas unidades federais aos sistemas de regulação no Estado do Rio de Janeiro, e levantar informações atualizadas da situação em que se encontra o complexo regulador assistencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro. Concluiu-se que, a despeito dos avanços verificados nos últimos anos, o sistema de regulação no Estado do Rio de Janeiro ainda apresenta deficiências que se perpetuaram ao longo do tempo;
- d. Em 2015, foi realizado levantamento de auditoria com o objetivo de conhecer e mapear as etapas do processo de planejamento da implementação das adequações das instalações dos seis hospitais federais, vinculados ao MS, localizados no Rio de Janeiro, bem como, identificar possíveis obras paralisadas impactantes na prestação assistencial de saúde (TC 013.425/2015-3). O Acórdão 1.788/2016-TCU-Plenário (Relator: Ministro Bruno Dantas), proferido naqueles autos, determinou ao MS, em conjunto com as seis unidades hospitalares, elaborar um plano de ação para solucionar as obras paralisadas e mitigar os riscos identificados naquele relatório de auditoria. O acórdão está sendo monitorado pela SecexSaúde através do TC 027.334/2016-3.

245. Com relação aos processos de prestação de contas, os gestores frequentemente destacam o assunto em seus relatórios de gestão. A título exemplificativo, há relato de que a inexistência de concursos para reposição de pessoal, falta de verba para capacitação e deficiências na Saúde do Trabalhador são elementos que alimentam a carência de pessoal, e que há impacto nas suspensões cirúrgicas pela diminuição de recursos humanos devido ao grande número de aposentadorias e não renovação dos contratos de trabalho temporários (peça 1, p. 52 e 135, do TC 040.706/2019-2, PC HFA do exercício de 2018).

246. Além disso, cabe registrar que a SecexSaúde vem analisando as informações sobre licitações e contratos realizados pelas unidades hospitalares federais localizadas no Rio de Janeiro em parceria com a Secretaria do TCU no RJ, com vistas a fiscalizar possíveis irregularidades nesses procedimentos licitatórios e nessas contratações, coibindo eventuais desvios de recursos públicos.

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

VIII. DA TRANSPARÊNCIA

248. É preciso anotar, inicialmente, que publicidade é um princípio de status constitucional estabelecido no art. 37 da CF/1988. Cumprido esse princípio tende-se a ter transparência. Visando a dar cumprimento a esse princípio, no âmbito federal foi promulgada a Lei 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), regulamentada pelo Decreto 7.724/2012.

249. No Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo formulado pelo TCU

(2016), é asseverado que o mecanismo de governança Transparência se relaciona ao papel de promover a comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e resultados dos órgãos/entidades da Administração Pública, o que pode ser útil para encorajar a melhoria do desempenho, bem como para garantir a responsabilização e prestação de contas.

250. Esse mecanismo é traduzido no binômio comunicação e *accountability* (prestação de contas). Ainda segundo o guia citado, a era digital, a consciência do peso crescente das políticas públicas, a complexidade dos desafios e a crescente importância da mídia fazem com que o governo necessite responder rapidamente aos questionamentos de uma maneira coordenada. Segundo o referencial de governança citado:

Enfatiza-se, ainda, a importância de conexões mais amplas entre Estado e sociedade civil como maneira de garantir o fluxo de informação necessário para guiar a alocação de recursos públicos, considerando que o controle real dos cidadãos pode ser muito eficaz em melhorar a qualidade da administração pública e sua prestação de serviços. A transparência, portanto, é também um meio para impedir a captura da administração pública por interesses particulares, além de favorecer a prestação de contas, na medida em que pode facilitar a justificação das decisões e revelar falhas das decisões, propiciando o debate público em torno delas. Transparência pode ser também um instrumento da eficiência, dado que a exposição pública dos resultados pode servir de estímulo à eficiência, atuando ainda contra a corrupção.

(...) O objetivo da comunicação deve ser a transmissão de informações do que o governo está fazendo e do que pretende fazer, pautada na avaliação dos resultados das políticas públicas, bem como de seu impacto social.

251. O Decreto 9.203/2017, citado anteriormente, elencou a transparência como um dos princípios da governança pública (art. 3º, inciso VI). Especificamente em relação ao momento da pandemia, a Lei 13.979/2020 – que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 –, regulamentada pelo Decreto 10.282/2020, a par de flexibilizar procedimentos para as aquisições e contratações para o período (arts. 4º, 4º-A a 4º-I), assim estipulou (§ 2º do art. 4º):

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

252. Dito isso, para o cumprimento do objetivo deste acompanhamento, foi avaliada a transparência das ações, informações e dados no âmbito do Ministério da Saúde. Quanto aos contratos, observa-se que o MS disponibilizou link específico para acesso: <https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus>. Contudo, observou-se que no portal não é disponibilizado o processo de contratação ou aquisição, como exigido pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, acima transcrita.

253. Considerando a determinação do art. 14 da Resolução TCU 315/2020, foi apresentada ao Ministério da Saúde, a proposta para, no prazo de quinze dias, incluir em seu *site* oficial <https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus> a informação de todos os processos de contratação ou aquisição realizados com fulcro na Lei 13.979/2020.

254. O DLOG informou que incluiu e publicou novo quadro demonstrativo com coluna informando o número do processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), com a informação, no cabeçalho do quadro informativo, que para ter acesso aos processos na íntegra, o interessado deve realizar seu cadastro como Usuário Externo, por meio do *link* disponibilizado (peça 79).

255. Há de se ter em conta que, em 13/5/2020, por meio do Acórdão 1142/2020-TCU-Plenário (TC 001.032/2019-4), da relatoria do Ministro Aroldo Cedraz, o TCU recomendou ao Ministério da Economia, em articulação com a Controladoria Geral da União, que:

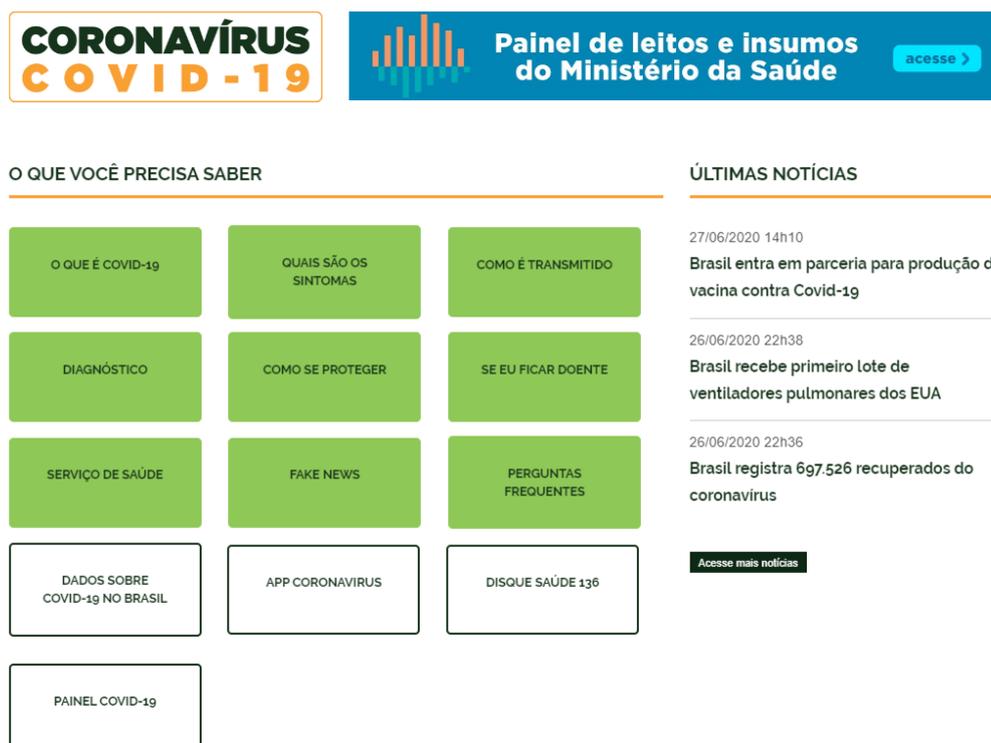
1.8.1.1. adote as providências necessárias para que seja possível a consulta pública de inteiro teor dos processos administrativos, assegurada a proteção das informações classificadas ou sujeitas a sigilo legal, e definindo quais tipos de processos e/ou informações devem ser objeto de transparência ativa,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

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

256. A recomendação certamente atingirá também o Ministério da Saúde, entretanto, deve-se considerar a exiguidade de tempo hábil para a implementação de qualquer mudança, pois o acórdão foi proferido há cerca de dois meses, situação agravada pela pandemia do coronavírus que forçou a adoção de teletrabalho em grande parte dos órgãos da Administração Pública.

257. Ante o exposto, considerando que o Ministério da Saúde já incluiu o número do processo administrativo de contratação e indicações para acessar o processo mediante cadastro e que o Acórdão 1142/2020-TCU-Plenário já proferiu recomendação com vistas ao incremento da transparência, pela disponibilização de consulta pública do inteiro teor dos processos administrativos, a equipe abstém-se de formular proposta de deliberação e o efetivo acesso aos processos de contratação realizados com fundamento da Lei 13.979/2020 poderá ser avaliado no próximo ciclo do acompanhamento.

258. Com relação à transparência de forma mais ampla relacionada às ações atinentes ao coronavírus, o Ministério da Saúde lançou o portal <https://coronavirus.saude.gov.br/>, no âmbito do qual há links para acesso a informações de vertentes várias, conforme o desejo do cidadão.



Fonte: <https://coronavirus.saude.gov.br/>

259. Os menus em verde claramente direcionam-se ao cidadão no sentido de orientá-lo a respeito da doença, incluindo as medidas que deva adotar para o caso de ser acometido por ela. Destaca-se o “Disque Saúde 136” que propicia a orientação de forma remota, chegando, caso necessário, a se ter orientação de profissional de saúde, consoante contratos TeleSUS mencionados neste relatório.

260. Em relação aos demais links, necessário mencionar dois deles: “Dados sobre Covid-19 no Brasil” e “Painel Covid-19”. Consulta feita ao Painel Covid-19 revela que na aba “painel geral” os dados estão atualizados, segundo os seguintes critérios/variáveis: casos recuperados, em acompanhamento, casos confirmados (segmentado em acumulado, casos novos, taxa de incidência), óbitos confirmados (segmentado em óbitos acumulados, casos novos, percentual de letalidade e taxa de mortalidade). Também é mostrada síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade no país e por região, com demonstração em gráficos.

261. No menu superior, há outras abas disponíveis para consulta (SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave; Painel Interativo e OpenDATASUS). O link na aba “Painel Interativo” leva o interessado a um outro domínio (<https://susanalitico.saude.gov.br/#/dashboard/> - o menu “Dados sobre Covid-19 no Brasil” leva a esse mesmo link), onde se pode consultar as informações epidemiológicas por região do país, por Estado (agregado, região metropolitana ou interior) ou por Município, de forma intuitiva. Também há possibilidade de se baixar informações no formato “Arquivo CSV”, o que permite ao usuário interessado manipular os dados em tabela Excel e produzir informações de seu interesse.

262. De outro lado, na parte inferior do site <https://coronavirus.saude.gov.br/>, menu “Transparência”, há link para publicações do Diário Oficial da União (DOU), Portarias publicadas sobre Covid, Painel de Leitos e Insumos Gastos com Covid-19 e legislação relacionada. Mais abaixo, em seção direcionada a profissionais e gestores de saúde, há links para boletins epidemiológicos, diagnóstico, manejo clínico e tratamento e assuntos afins. Ainda mais abaixo no site indicado, há links para publicações, evidências científicas, pesquisa e inovação e assistência farmacêutica.

263. A disponibilização de dados epidemiológicos está a contento. Ressalta-se que em 4/6 o Ministério da Saúde suprimiu informações sobre a Covid-19, o que foi intensamente noticiado e em função disso houve autuação de representações e denúncias nesta Corte de Contas, a exemplo do TC 021.181/2020-9, de autoria de membro do MPTCU. Antes que houvesse instrução nesta unidade técnica, o MS foi compelido a disponibilizar informações do modo como vinha fazendo, decorrente de liminar concedida pelo E. Ministro do STF, Alexandre Moraes, nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 690. Uma vez que a decisão foi emitida em sede de cautelar, os processos autuados nestas Corte de Contas encontram-se em andamento para apuração de eventual responsabilidade.

264. Nesse ponto, dá-se destaque à aba “Painel de Leitos e Insumos Gastos com Covid-19”, já mencionada neste relatório. Implantada após a primeira parcial do relatório de acompanhamento, como o nome sugere há informações acerca de leitos e insumos e há informações também sobre a contratação de médicos (Mais Médicos). Alguns desses insumos foram objeto de avaliação na Seção II deste relatório (comparação de recursos distribuídos pelo MS aos estados e municípios vs quantitativo dos insumos).

265. Embora a uma primeira vista possa parecer que a transparência do MS esteja adequada, entende-se que há algumas limitações, de um lado, e de outro, necessidade de aperfeiçoamento. A respeito de limitações, lança-se luz sobre o insumo leitos, porquanto sabido ser esse um dos principais elementos no combate à pandemia e alvo de constante preocupação da população. Isso porque, contaminada uma pessoa e o seu quadro venha se agravar, há necessidade de internação hospitalar, com significativo número de pessoas vindo a ocupar leitos de UTI, inclusive submetendo-se ao procedimento de intubação.

266. Conquanto haja uma segmentação dos leitos (locados, UTI adulto – SUS e não SUS – e leitos UTI habilitados), não é possível verificar a disponibilidade por UF/municípios. Por meio do Ofício de Requisição 6 de 11/5/2020, foram solicitadas ao MS informações sobre a quantidade de leitos de

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): se o MS tem conhecimento da disponibilidade dos leitos de UTI nos Estados e Municípios para tratamento da Covid-19 e de outras enfermidades; periodicidade e forma de atualização das informações; e possibilidades de atuação do Ministério.

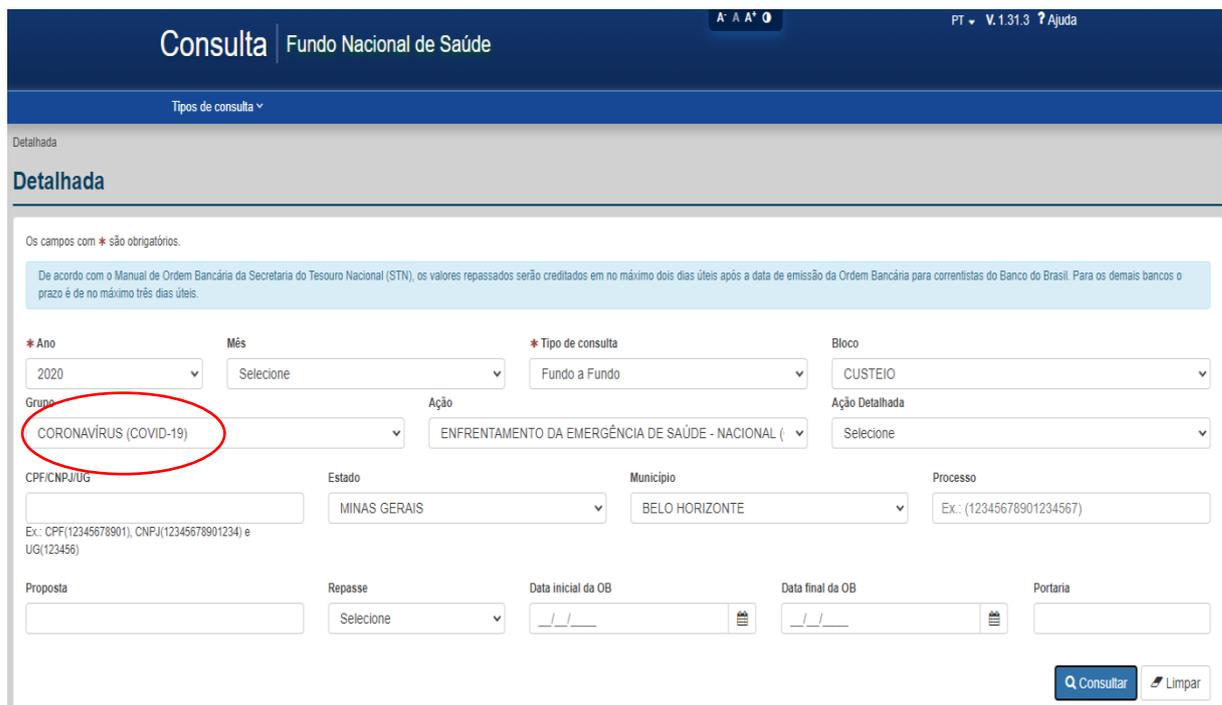
267. O MS se limitou a informar que os dados relativos aos leitos de UTI são atualizados cotidianamente, quando da publicação das portarias de habilitação e informou o quantitativo de leitos novos habilitados em cada Estado até 28/5/2020 (peça 37), não tendo fornecido as informações solicitadas pela equipe do acompanhamento.

268. Deve-se registrar que na Nota Técnica 32/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS, emitida nos autos do processo administrativo 25000.066268/2020-97, relativo à aquisição de respiradores pulmonares, há a informação sobre a impossibilidade de avaliação da taxa de ocupação dos leitos de UTI, uma vez que “as habilitações são recentes e os dados só estarão disponíveis quando o gestor local conseguir reuni-los e repassá-los aos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, o que pode levar até 3 (três) meses”.

269. O Ministério da Saúde lançou, em junho/2020, o portal Localiza SUS, o qual contém, segundo descrição do próprio site Painel de Leitos, informações sobre a disponibilidade e o uso dos leitos Clínicos e de UTI, SUS e Não SUS, distribuídos nos Municípios. Contudo, em consulta ao painel, em 27/6/2020, não foram localizadas informações relativas à taxa de ocupação de leitos de UTI.

270. Outra vertente de transparência que precisa ser aperfeiçoada é a relativa à transferência de recursos pelo Ministério da Saúde a Estados e Municípios. As informações tratadas neste relatório estão em sites dispersos e precisa-se de relativa habilidade para se encontrar os valores transferidos a determinado município, exclusivamente relacionado ao coronavírus. Concentradas essas informações em um único site, isso permitiria a ampliação do controle social.

271. Por exemplo, não há tal informação relativa à transferência de recursos pelo MS aos estados e municípios no site <https://coronavirus.saude.gov.br/>. No portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS) há vídeos ensinando o usuário a fazer pesquisas, mas há dúvidas quanto à autonomia do usuário médio de chegar ao resultado pretendido. Não obstante, é possível extrair essa informação, não sem antes passar por uma sequência de *clicks* e seleções (fns.saude.gov.br > consulta de pagamento detalhada > selecionar ano, mês, tipo de consulta ‘fundo a fundo’, bloco ‘custeio’, grupo ‘coronavirus (covid-19)’, estado, município > clicar em “consultar”, conforme demonstra a tela abaixo:



Consulta Fundo Nacional de Saúde

Tipos de consulta ▼

Detalhada

Detalhada

Os campos com * são obrigatórios.

De acordo com o Manual de Ordem Bancária da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), os valores repassados serão creditados em no máximo dois dias úteis após a data de emissão da Ordem Bancária para correntistas do Banco do Brasil. Para os demais bancos o prazo é de no máximo três dias úteis.

* Ano: 2020 | Mês: Selecionar | * Tipo de consulta: Fundo a Fundo | Bloco: CUSTEIO

Grupo: CORONAVÍRUS (COVID-19) | Ação: ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE - NACIONAL (| Ação Detalhada: Selecionar

CPF/CNPJ/UG: | Estado: MINAS GERAIS | Município: BELO HORIZONTE | Processo: Ex.: (12345678901234567)

Proposta: | Repasse: Selecionar | Data inicial da OB: | Data final da OB: | Portaria:

Consultar Limpar

272. Retornado o resultado da pesquisa, é preciso um passo adicional para detalhar os valores (clique no ícone associado a ‘ações’):

Ano	2020	Tipo de consulta	Fundo a Fundo	Bloco	CUSTEIO
Grupo	CORONAVÍRUS (COVID-19)	Ação	ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE - NACIONAL (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	Entidade	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE
UF	MG	Município	BELO HORIZONTE	CPF/CNPJ	03.133.408/0001-20
População	2.512.070 habitantes	Ano Censo	2019	Código IBGE	310620
Data Inicial Gestão	01/01/2019	Secretário(a)	CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA	Governador(a)	ROMEU ZEMA NETO
				Presidente Conselho	CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA

Bloco	Grupo	Ação	Ação Detalhada	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido	Ações
CUSTEIO	CORONAVÍRUS (COVID-19)	ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE - NACIONAL (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	CORONAVÍRUS (COVID-19)	42.902.712,00	0,00	42.902.712,00	
CUSTEIO	CORONAVÍRUS (COVID-19)	ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE - NACIONAL (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	CORONAVÍRUS (COVID-19)	86.066.335,55	0,00	86.066.335,55	
CUSTEIO	CORONAVÍRUS (COVID-19)	ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE - NACIONAL (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	CORONAVÍRUS (COVID-19)	62.508.151,50	0,00	62.508.151,50	
Total Geral				191.477.199,05	0,00	191.477.199,05	

273. Uma possível medida a ser adotada pelo Ministério da Saúde seria a inserção, no sítio <https://coronavirus.saude.gov.br/>, de link direcionado ao portal do FNS (fns.saude.gov.br), com sinalização específica, a exemplo de “verifique o quanto seu município recebeu para combater o coronavírus”, com instruções de como se chegar à informação desejada.

274. Ainda no âmbito federal, o *site* da transparência pública (www.transparencia.gov.br), em que pese nele ter *menu* relativo a Estados e Municípios (ao se clicar nele há opções de painel e consulta) e contenha uma gama de possibilidades de consultas, em uma pesquisa não exaustiva observa-se que ele não traz informações específicas a recursos transferidos com o objetivo de enfrentamento ao coronavírus.

275. Com relação à transparência dos *sites* das secretarias estaduais e municipais de saúde, atinente aos recursos relacionados ao coronavírus, há acompanhamento em curso conduzido pela Secretaria de Controle Externo de Aquisições Logísticas (Selog), em articulação com as secretarias do TCU nos estados (SEC), no âmbito do qual procura-se analisar contratos firmados pelos entes subnacionais. Para tanto, é necessário pesquisar os sites dos referidos entes. Após contatos mantidos, a notícia é de que há uma heterogeneidade quanto à transparência dos contratos e, portanto, dificuldades de se obter elementos suficientes para a partir deles se verificar a regularidade da aplicação dos recursos, consoante resumo da tabela de peça 63. Associado a isso, há a dificuldade de identificação da fonte de recursos utilizada (se federal ou estadual/municipal).

276. Observam-se algumas iniciativas de Cortes de Contas estaduais na tentativa de dar transparência aos gastos dos entes subnacionais, entre as quais:

- O Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE-PB) emitiu 42 alertas ao Governo do Estado e aos prefeitos de 39 municípios recomendando à ampla divulgação de todas as ações e gastos públicos em contratações ou aquisições relacionadas à atual pandemia da Covid-19 (disponível em <https://tce.pb.gov.br/noticias/alerta-tce-pb-cobra-transparencia-em-gastos-e-aco-es-do-governo-do-estado-e-das-prefeituras-com-pandemia-do-coronavirus>);

- o Tribunal de Contas de Minas Gerais (TCE-MG) lançou um *hotsite* especial (www.tce.mg.gov.br/covid) para disponibilizar informações e links úteis aos gestores públicos, além de conter um canal de comunicação ágil para a formulação de perguntas sobre a gestão dos recursos públicos destinados ao enfrentamento da pandemia (disponível em <https://portalamm.org.br/tribunal-de-contas-mineiro-lanca-portal-com-informacoes-sobre-gastos-publicos-durante-a-pandemia-da-covid-19/>);

- O Tribunal de Contas do Tocantins (TCE/TO) tem adotado várias medidas de enfrentamento ao novo Coronavírus no sentido de acompanhar e fiscalizar os recursos para o seu combate (disponível em <https://www.tce.to.gov.br/sitetce/sala-de-imprensa/noticias/item/3614-tce-to-orienta-gestores-a-ampliarem-transpar%C3%Aancia-sobre-gastos-com-o-coronav%C3%ADrus-em-portais>). Segundo o site “Os gestores terão que criar uma aba específica nos Portais da Transparência contendo informações detalhadas sobre contratos e aquisições efetuadas com a finalidade de atender às demandas de enfrentamento ao novo Coronavírus, apresentando valores orçamentários e execução de despesas relacionadas à pandemia”;

- o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP) vai multar prefeitos que não divulgarem gastos com coronavírus (disponível em <https://www.tce.sp.gov.br/6524-tribunal-contas-vai-multar-prefeitos-nao-divulgarem-gastos-com-coronavirus>). Segundo levantamento do TCE/SP, um total de 519 municípios, dos 644 fiscalizados, ou deixaram de prestar contas (198), ou o fizeram de modo inadequado (321), desde que foi decretado estado de calamidade pública no Estado.

277. No âmbito de iniciativas do setor privado, o site transparência internacional, seção Brasil, avaliou como os portais de 26 governos estaduais, do Distrito Federal e de 26 capitais trazem informações sobre contratações emergenciais de forma fácil e ágil – disponível em <https://transparenciainternacional.org.br/ranking/>. O resultado é uma pontuação de 0 a 100 pontos em que os mais transparentes são aqueles que mais se aproximam da nota máxima. Houve duas rodadas de avaliação. Conforme critérios, a partir do que estabeleceu uma escala de pontuação com a correspondente avaliação (péssimo: 0-19 pts; ruim: 20-39 pts; regular: 40-59 pts; bom: 60-79 pts; e ótimo: 80-100 pts), a mais recente avaliação assim aponta:

- nos Estados: 2 classificados em regular; em 10 bom; e 15 ótimo;
- nas capitais: 1 ruim; 5 regular; 12 bom; e 8 ótimo.

278. De se notar que há um link para o interessado avaliar a transparência no combate à Covid-19 na cidade desejada, o que estimula o controle social. Segundo a organização não-governamental, “a sociedade civil, a imprensa e os órgãos de controle precisam de informações públicas para monitorar e fiscalizar os gastos públicos em resposta à Covid-19. Por isso, a transparência das contratações emergenciais é fundamental neste momento de crise. Só assim conseguiremos combater a corrupção e impedir desvios. Cada centavo importa para salvar vidas!”.

279. Em relação ao incremento da transparência, o excerto do relatório de fiscalização apresentou as seguintes propostas de recomendação: disponibilizar no portal Localiza SUS informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermagem e de leitos de UTI, de acordo com a destinação dos leitos – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades; e inserir no sítio <https://coronavirus.saude.gov.br/>, link direcionado ao portal do FNS (fns.saude.gov.br), com sinalização específica, a exemplo de “verifique o quanto seu município recebeu para combater o coronavírus”, com instruções de como se chegar à informação desejada.

280. Muito embora a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, na reunião realizada em 2/7/2020, tenha se manifestado favoravelmente às duas propostas, em atenção ao excerto do relatório de acompanhamento encaminhado, a Diretoria Executiva do Fundo informou, em relação à inserção de *link* de acesso, para consulta aos repasses recebidos pelos Municípios para combater o coronavírus, que todos os repasses relativos às ações para o combate à Covid-19 estão disponíveis para consulta no Portal do Fundo Nacional de Saúde (<http://www.portalfns.saude.gov.br>), opção consulta de pagamentos detalhada, nos blocos custeio e investimento, grupo “Coronavírus – Covid-19” (peça 82), tal como descrito na sequência mencionada nos itens 271-273 deste relatório.

281. No dia 14/7, a coordenadora e o supervisor da fiscalização observaram *in loco* a reunião do COE e, na ocasião, tiveram a oportunidade de verificar a inclusão de Painel Financeiro no portal Localiza SUS com informações relativas aos valores transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, tanto rotineiramente, quanto em razão da pandemia do coronavírus. Foi possível verificar, igualmente, a

inclusão de painel relativo à disponibilidade de profissionais de saúde no âmbito do combate à Covid-19, além da inclusão de painéis específicos com informações relativas à distribuição de vacinas, testes, EPIs, medicamentos e respiradores.

282. Em razão das modificações no Portal Localiza SUS, com a inclusão de informações relativamente aos valores transferidos aos entes subnacionais, a equipe abstém-se de formular proposta de deliberação para inclusão de link direcionado ao portal do Fundo Nacional de Saúde. A fidedignidade e efetiva disponibilidade das informações poderá ser verificada em um próximo ciclo do acompanhamento.

283. No tocante à disponibilização, no portal Localiza SUS, de informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, a Diretoria do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS:

- elencou as informações já disponíveis no portal Localiza SUS;
- informou que o painel passa por avaliações e melhorias contínuas e que novas funcionalidades, aperfeiçoamentos e informações serão constantemente acrescentados à medida que os dados forem validados e homologados;

- afirmou não ter óbices em seguir a recomendação apresentada no excerto do relatório, todavia pontuou que os dados necessários para construção do portal Localiza SUS e do Painel de Insumos e Leitos Hospitalares e para atendimento à proposta de recomendação são pactuados pelo COE e encaminhados por meio de planilhas pelo DLOG, SAES, SVS, SAPS e pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE), cabendo à equipe do Demas conformar os dados e checar regras e parâmetros de sistematização para, enfim, compor as informações a serem exibidas;

- sugeriu que a proposta de recomendação fosse levada à consideração do COE, como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, para a verificação da viabilidade de atendimento às recomendações do TCU (peças 83-84).

284. Destaque-se que não foi encaminhada qualquer manifestação do COE ou da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que exerce a coordenação do COE (parágrafo 22).

285. Considerando que a manifestação do Ministério da Saúde não apresentou informações quanto às consequências práticas da implementação de informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI e eventuais alternativas, propõe-se recomendar ao Ministério, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, disponibilize no portal Localiza SUS informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a destinação dos leitos – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades.

IX. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Reunião Gabinete de Crise - Anvisa

286. Como registrado no parágrafo 6, no dia 23/6/2020, a equipe do acompanhamento, o supervisor da fiscalização e o Secretário da SecexSaúde assistiram à reunião do Comitê de Crise do Ministério da Saúde no combate ao coronavírus.

287. Dentre os assuntos discutidos na reunião, destaca-se a apresentação feita pela Diretora substituta da 4ª Diretoria da Anvisa acerca do cenário de produção, importação e consumo de medicamentos no Brasil. Por solicitação do MS, a diretora apresentou informações, solicitadas aos detentores de registro, em relação a anestésicos e relaxantes musculares indicados pelo Ministério, tais como quantidade disponível de produto para venda e entrega em quinze, trinta e 45 dias, a partir de

15/6/2020, anestésicos e relaxantes musculares vendidos e entregues para o setor público nos últimos sete dias e próximos quinze dias, tendo como data de referência inicial 18/6/2020.

288. Foram solicitadas ainda pelo MS informações quanto à capacidade de abastecimento e venda e entrega ao setor público de determinados medicamentos.

289. A diretora apresentou as principais dificuldades identificadas pelo setor farmacêutico que atua no Brasil e as possíveis estratégias sugeridas para enfrentar a pandemia, no âmbito farmacêutico, entre elas realização de compras organizadas ou centralizadas pelo governo federal ou governos estaduais, monitoramento do consumo e da capacidade de entrega dos fabricantes e importadores.

290. O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus do Ministério da Saúde recomendou dentre as ações da assistência farmacêutica no nível de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes; disponibilizar medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; e rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação a demanda (parágrafo 55).

291. Desta forma, o eventual desabastecimento de medicamentos na rede pública de saúde poderá ser verificado no presente acompanhamento.

Informações apresentadas pelo MPTCU

292. O Subprocurador-Geral do MPTCU, Lucas Rocha Furtado, que protocolou representação, cujos autos foram apensados ao presente acompanhamento, junto a esta Corte de Contas para que fosse decidido pela adoção das medidas competentes para conhecer e avaliar a regularidade da execução orçamentária e a efetividade do uso que tem sido dado aos recursos públicos destinados ao combate do novo coronavírus (TC 011.651/2020-2), encaminhou notícias relativas à abertura de inquérito pelo Ministério Público Federal para investigar a utilização do orçamento destinado ao combate da pandemia acima citada (peças 25-27 e 54-55) e relativas à dificuldade enfrentada por alguns Estados para obter insumos e medicamentos usados no tratamento da Covid-19, notadamente os chamados “kits de intubação”, anestésicos e relaxantes musculares.

293. Em relação à baixa execução orçamentária dos recursos destinados ao combate à pandemia, este relatório dedicou ao tema todo o tópico III. Dos aspectos orçamentários e financeiros (parágrafos 70-130). No tocante às dificuldades para aquisição de medicamentos, como registrado no parágrafo 291, o assunto poderá ser verificado no presente acompanhamento, consideradas as competências do MS (parágrafos 286-290).

Inventário de riscos

294. Tal qual registrado no primeiro relatório do acompanhamento, a equipe elaborou um inventário de riscos da atuação do Ministério no combate ao coronavírus, na expectativa de que o documento pudesse colaborar com a sua atuação (peça 11) e, diante da informação de que o plano de gestão da crise do Ministério estava em elaboração, em 27/3/2020, o Secretário da SecexSaúde e assessores do MS acordaram a realização de reunião para a exposição do inventário com o objetivo de que o documento pudesse colaborar na construção do plano de gestão.

295. O inventário de riscos foi enviado por e-mail em 27/3/2020, para os endereços juliana.freitas@camara.leg.br e erno@saude.gov.br e a reunião acordada para apresentação do trabalho não se realizou.

296. Com a troca na gestão do Ministério, houve oportunidade para apresentação do inventário de riscos para a equipe de transição do Secretário Executivo do Ministério, Eduardo Pazuello, na gestão do Ministro Nelson Teich.

297. Por meio do Ofício de Requisição 6 de 11/5/2020, indagou-se ao Ministério se validava os riscos apontados e, caso a resposta fosse positiva, solicitou-se que informasse as medidas adotadas para mitigar os riscos identificados e validados.

298. O MS em resposta, por meio da Nota Técnica 73/2020-SAPS/NUJUR/SAPS/MS, informou que no texto do e-mail que encaminhou o inventário de riscos e sugeriu a discussão desse relatório em futura reunião a ser realizada com as partes, há manifestação expressa sobre a desnecessidade de manifestação deste Ministério sobre o aludido inventário.

299. Diante disso, considerando que não havia exigência de resposta ou de qualquer manifestação acerca do inventário, o entendimento do MS é que não há fundamento para que, agora, se questione se o Ministério valida os riscos apontados e, em caso positivo, informe as medidas adotadas para mitigar os riscos identificados e validados (peça 41, p. 2).

X. PROCESSOS CONEXOS

300. Além das representações citadas nos parágrafos 133-139, a equipe do acompanhamento analisou duas representações (TC 019.895/2020-8 e 020.342/2020-8) pedindo a suspensão da Nota Informativa 9/2020-SE/GAB/SE/MS, intitulada “Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19”, por meio da qual são apresentadas orientações para uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de pacientes com diagnóstico de Covid-19, no âmbito do (SUS).

301. No âmbito da SecexSaúde, foram instruídas ou estão em instrução as seguintes denúncias e representações relativas à Covid-19:

- TC 020.437/2020-0: representação relativa a possível omissão do Governo Federal em dotar os hospitais federais localizados no Município do Rio de Janeiro/RJ dos meios necessários (recursos humanos, equipamentos e materiais) para o desbloqueio de leitos hospitalares, clínicos e de UTI, ociosos, os quais são essenciais ao enfrentamento da atual pandemia causada pela Covid-19 (mencionada nos parágrafos 236-238);
- TC 022.765/2020-4: representação relativa à ocorrência de possível superfaturamento na compra pelo Comando do Exército de insumo para a fabricação do medicamento cloroquina e pedido para avaliar a gestão de risco envolvida na decisão em aumentar a produção do fármaco em 84 vezes nos últimos meses, em comparação com o mesmo período nos anos de 2017 a 2019;
- TC 021.181/2020-9: representação para que o Ministério da Saúde restabeleça a transparência do Portal Covid-19, no sentido de assegurar a plena visibilidade das informações divulgada e o acesso público à informação (foram a ele apensados os TC 021.133/2020-4, 021.139/2020-2, 021.242/2020-8 e 021.300/2020-8, de mesmo objeto);
- TC 022.308/2020-2: representação com objetivo de verificar a ausência de publicidade em relação aos recursos recebidos e despendidos por municípios do Rio Grande do Norte para o enfrentamento da Covid-19;
- TC 022.543/2020-1: representação do MPTCU com o objetivo de que o TCU promova ações de fiscalização para apurar possíveis irregularidades e ineficiências na aplicação de recursos públicos federais nas contratações mencionadas em reportagens várias.

XI. CONCLUSÃO

302. Decorridos três meses do início do acompanhamento, nesse segundo ciclo de fiscalização foi possível avançar na avaliação da estrutura de governança criada pelo Ministério da Saúde para

combater a crise causada pelo coronavírus. O MS informou as estruturas criadas (parágrafos 14-23) e a equipe do acompanhamento observou *in loco* a reunião de uma estrutura de governança criada para lidar com a crise, que não foi descrita pelo Ministério (parágrafos 24-25).

303. O MS informou ainda que o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, coordenado pelo Ministério da Saúde, com competência definidas no Decreto 10.211/2020 não se reuniu, em razão da instituição de outros mecanismos interministeriais. Entretanto, as competências do Grupo não foram expressamente absorvidas por nenhum dos mecanismos (parágrafos 26-27 e 43-44).

304. Em decorrência do analisado, foi apresentada proposta de deliberação que objetiva o aperfeiçoamento da gestão do MS nesse momento de crise (parágrafo 41). Os mecanismos de planejamento do Ministério para o combate à pandemia serão avaliados em momento posterior, após a apresentação dos planos tático-operacionais pelo Ministério (parágrafos 60-63).

305. A baixa execução financeira no tocante às transferências fundo a fundo chamou a atenção da equipe do acompanhamento e do Ministério Público Federal, que instaurou inquérito civil com a finalidade de apurar possível insuficiência e lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde na ação 21C0 e omissão no socorro financeiro aos Estados e Municípios para o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (parágrafo 81).

306. Este relatório registrou a publicação da Portaria MS/GM 1.666/2020, que estabeleceu critérios para a distribuição de R\$ 13.800.000.000,00 aos Estados, Distrito Federal e Municípios, decorrentes das Medidas Provisórias 924/2020, 940/2020, 947/2020, 969/2020 e 976/2020, entre eles: dados populacionais, valores de produção de Média e Alta Complexidade registrados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS e valores transferidos aos Municípios e Distrito Federal relativo ao Piso de Atenção Básica (PAB), números de leitos de UTI, taxa de incidência da Covid-19 (parágrafos 92-93).

307. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria, carece de explicação a baixa execução orçamentária das transferências fundo a fundo, motivando a proposta de determinação para que o Ministério da Saúde apresente a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos (parágrafo 95).

308. No tocante à execução das despesas pelo Ministério da Saúde na modalidade de aplicação direta, persistem os mesmos problemas identificados nos primeiros meses do acompanhamento: ausência de informações concretas sobre o critério de distribuição de insumos e equipamentos e apresentação de informações genéricas para fundamentar os quantitativos de insumos e equipamentos a serem adquiridos, no sentido que as aquisições foram definidas com bases em critérios epidemiológicos, por exemplo, sem apontar quais ou apresentar qualquer memória de cálculo (parágrafos 103-116).

309. A instituição da Força Tarefa de Fundamentação, por meio da Portaria MS/GM 1.587/2020, objetiva aprimorar a coordenação do processo para a aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos; manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares; e habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia. Além de dar transparência a critérios para definição de quantitativos para aquisição e distribuição de insumos e equipamentos (parágrafos 125-128).

310. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria, carece de explicação a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia, o que motiva a formulação de proposta de determinação para que o Ministério apresente a citada estratégia (parágrafo 130).

311. A equipe do acompanhamento verificou que o Ministério da Saúde pode adotar ações com o fito de aprimorar a transparência das informações prestadas pelo Ministério da Saúde, o que motivou a formulação de proposta de recomendação (parágrafos 248-285).

312. Este relatório apresentou ainda informações relativas: aos contratos verificados pela equipe do acompanhamento (parágrafos 131-139); aos processos administrativos de aquisição de ventiladores pulmonares (parágrafos 140-159); aos novos processos de contratação instaurados pelo MS (parágrafos 161-166); às transferências para Estados e Municípios (parágrafos 167-222); à produção de conhecimento instaurada pela SecexSaúde para acompanhar, em dez Estados, a aplicação dos recursos transferidos pela União para enfrentamento da pandemia (parágrafos 223-235); e aos hospitais federais no Rio de Janeiro (parágrafos 236-247).

XII. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

313. Diante do exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo ao Tribunal:

I – Determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no §3º do art. 7º da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias contados da ciência da deliberação:

- a) elabore instrumento legal para regular o funcionamento do Gabinete de Crise - Covid-19, consoante disposto no art. 4º, inciso X, do Decreto 9.203/2007 (parágrafo 41);
- b) apresente a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos (parágrafo 95);
- c) informe como se deu a definição da estratégia de aquisições para ao combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia; e apresente documentos que demonstrem a formalização da referida estratégia, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos (parágrafo 130);

II – Recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias a contar da ciência da deliberação, disponibilize no portal Localiza SUS informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a destinação dos leitos – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades (parágrafo 285);

III – 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;

IV – Encaminhar cópia deste Acórdão à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, 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-lhe cópia desses documentos sem quaisquer custos.

SecexSaúde, em 15/7/2020.

(assinado eletronicamente)
Vivian Campos da Silva
Auditora Federal de Controle Externo



matrícula 9500-1
(Coordenadora da Fiscalização)

(assinado eletronicamente)
Fábio Dorneles Vieira de Aquino
Auditor Federal de Controle Externo
matrícula 8104-3

(assinado eletronicamente)
Anna Carolina Lemos Rosal
Auditora Federal de Controle Externo
matrícula 11175-9