

VOTO

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

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

3. O primeiro ciclo do presente acompanhamento expôs os dados orçamentários e financeiros, consolidados até o fim do mês de abril de 2020, bem como informações pertinentes às transferências de recursos para estados e municípios, às contratações analisadas e à estrutura de governança do Ministério.

4. À vista dos elementos trazidos pela unidade técnica, o Tribunal assim decidiu, por meio do Acórdão 1.335/2020-Plenário – transcrito no que interessa no presente momento processual:

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

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

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

5. O segundo relatório parcial apresentou uma análise dos aspectos orçamentários e financeiros até o fim do mês junho de 2020, informações relativas às transferências de recursos para os entes subnacionais, às contratações analisadas, à estrutura de governança montada pelo Ministério para enfrentar a pandemia, bem como ao planejamento de suas ações, à estratégia de comunicação e à transparência dos contratos e das informações atinentes à pandemia.

6. Desta feita, o Tribunal proferiu o Acórdão 1.888/2020-Plenário com o seguinte conteúdo – transcrito no essencial:

“9.1. determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação:

9.1.1. adote as medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE-nCoV aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020;

9.1.2. ajuste sua estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença segundo as diretrizes do Decreto 9.203/2017, os princípios da publicidade e transparência pública e as melhores práticas internacionais a respeito do assunto, a exemplo do guia denominado National Incident Management System (NIMS);

9.1.3. adapte o funcionamento do GEI-ESP II aos normativos de regência do órgão, disciplinando a sua atuação coordenada com o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, conforme as diretrizes de governança pública;

9.1.4. *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; e*

9.1.5. *elabore plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas mencionadas nos itens “a” a “i” do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, 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);*

9.2. *realizar diligência junto ao Ministério da Saúde para que, no prazo de quinze dias:*

9.2.1. *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 (item 95 do relatório);*

9.2.2. *informe como se deu a definição da estratégia de aquisições para o combate à Covid-19 desde o início da pandemia em março de 2020 e se houve mudança nessa estratégia; e*

9.2.3. *apresente documentos que demonstrem a formalização da estratégia suscitadas no item anterior, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos (item 130 do relatório);*

9.3. *recomendar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias a contar da ciência desta deliberação, disponibilize, em articulação com as demais unidades da federação, no portal Localiza SUS, informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a sua destinação – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades (item 285 do relatório);”*

7. Com base nos elementos obtidos no curso do trabalho, considerando ainda a análise das manifestações do Ministério da Saúde em relação às deliberações antes mencionadas, a equipe de fiscalização abordou:

a) a estrutura de governança do Ministério da Saúde para o combate à crise do coronavírus;

b) os critérios para transferências de recursos para os entes federados estabelecidos pela Portaria GM/MS 1.666/2020;

c) os dados orçamentários e financeiros a respeito das ações de enfrentamento à pandemia;

d) as contratações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) motivadas pela pandemia causada pelo novo coronavírus;

e) os aspectos quantitativos dos gastos dos entes federativos com saúde;

f) o contrato de encomenda tecnológica para a produção no Brasil da vacina contra a Covid-19, em desenvolvimento pela Universidade de Oxford, em parceria com o Laboratório AstraZeneca;

g) a avaliação do registro de casos de Covid-19 no novo sistema de vigilância sanitária, denominado e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica), também chamado e-SUS Notifica (notifica.saude.gov.br);

- i) a transparência das contratações do Ministério da Saúde e da Fiocruz; e
- j) as informações encaminhadas pelo Ministério da Saúde acerca da estratégia de testagem de casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus.

8. Passo a tratar da análise realizada pela SecexSaúde.

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

9. Como destacado no voto condutor do Acórdão 1.888/2020-Plenário, a equipe de fiscalização promoveu uma análise estática de governança do MS, partindo de uma visão estrutural do órgão e suas subunidades.

10. Não foi realizado um estudo dos resultados da gestão a partir de indicadores, haja vista o estágio de execução da política pública, ainda em andamento, e o caráter extraordinário e emergencial do problema enfrentado.

11. Nesse cenário, mediante o mencionado acórdão, houve a expedição de medidas de caráter corretivo, a fim de viabilizar mudanças estruturais e estratégicas capazes de melhorar a eficiência da gestão de combate à pandemia.

II.1

12. A SecexSaúde identificou o Comitê de Operações de Emergência em Saúde (COE-nCoV) como umas das principais unidades da estrutura de governança do Ministério da Saúde para o combate à pandemia.

13. A unidade conta com a participação de todas as secretarias do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de órgãos governamentais, como Agência Brasileira de Inteligência (Abin), Casa Civil, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Defesa, além da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

14. Consoante o art. 2º da Portaria GM/MS 188/2020, a gestão do comitê foi inicialmente atribuída à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). A partir de 24/4/2020, a responsabilidade pela gestão do comitê passou para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS).

15. De acordo com o art. 3º da mencionada portaria, são atribuições do COE-nCoV:

I. planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a [Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional] 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.*” (grifou-se).

16. Todavia, a partir das informações coletadas pela unidade técnica, verificou-se, nos trabalhos que redundaram na elaboração do segundo relatório de acompanhamento, que o COE-nCoV não estava exercendo o papel de articulação e coordenação do enfrentamento da pandemia.

17. Por exemplo, 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), verificou-se que, na prática, em contrariedade ao disposto na Portaria GM/MS 188/2020, tais decisões têm sido tomadas pelos secretários das áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

18. Dessa forma, foi efetuada determinação ao Ministério da Saúde para que “*adote as medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE-nCoV aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020.*”

19. Em sua resposta acerca da atuação do COE-nCoV, o Ministério da Saúde afirmou que: “*torna-se relevante esclarecer que, quando a estrutura COE-nCoV foi estabelecida, o mundo tinha uma dimensão que se mostrou subestimada da emergência em saúde pública.*” (peça 153, p. 5)

20. Assim, de forma a adequar a estrutura do comitê às reais necessidades provocadas pela pandemia, o Ministério afirmou que:

“O COEnCoV, no âmbito de suas competências, definidas pela Portaria GM/MS nº 188/2020, discutiu e propôs ao Ministro da Saúde a edição de portaria específica com intuito de atender à necessidade de elaborar instrumento normativo para regular o funcionamento do Gabinete de Crise e, concomitantemente, alinhar as atribuições do COEnCoV, vinculado à Secretaria Executiva.”

21. Em que pesem essas informações, a unidade técnica efetuou as seguintes observações:

a) não se verificou, em regra, articulação do COE-nCoV com os estados, Distrito Federal (DF) e municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para o combate à Covid-19;

b) não houve registro formal de proposição do COE-nCoV para a requisição administrativa dos medicamentos no processo de aquisição (SEI/MS 25000.081981/2020-61), instaurado pelo Ministério da Saúde, apesar da atribuição prevista na alínea “c”, inciso V, da Portaria GM/MS 188/2020; e

c) não há informação de qualquer tipo de atuação do COE-nCoV sobre a estratégia de testagem na política de combate à pandemia.

22. Desta feita, tendo em vista que o Ministério da Saúde relatou estar elaborando portaria específica para tratar do tema, a unidade técnica propôs, em entendimento com o qual manifesto-me de acordo, que se considere em cumprimento a determinação constante do subitem 9.1.1. do Acórdão 1.888/2020-Plenário.

II.2

23. A par do Comitê de Operações de Emergência em Saúde, antes tratado, constatou-se a existência de duas outras estruturas de combate à pandemia, as quais devem atuar em âmbito interministerial.

24. A primeira é o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, instituído pelo Decreto 10.277/2020, formado por vinte e sete membros, sendo vinte e um ministros de estado, e coordenado pelo Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República.

25. A segunda é o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPPII), instituído por meio do Decreto 10.211/2020, formado por nove membros, sendo oito ministros de estado, e coordenado pelo Ministério da Saúde.

26. No bojo do segundo relatório de fiscalização, constatou-se a superposição desses órgãos e de suas competências e a falta de clareza na definição formal de funções e responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais.

27. Assim, foi feita a seguinte determinação ao Ministério da Saúde (Acórdão 1.888/2020-Plenário):

“9.1.3. adapte o funcionamento do GEI-ESPPII aos normativos de regência do órgão, disciplinando a sua atuação coordenada com o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, conforme as diretrizes de governança pública; (grifou-se).

28. Em relação a essa determinação, o Ministério da Saúde informou que (peça 153, p. 7):

“na data de 14/07, foi realizada reunião na Casa Civil com participação do Ministério da Saúde na qual restou definida a alteração do Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, e contemplar a revogação expressa do seu art. 8º, assim perder-se-á o objeto da determinação em tela no que tange ao Ministério da Saúde.” (grifou-se).

29. A respeito, verifico que o art. 8º do Decreto 10.277/2020 estabelece que o Comitê de Crise atuará de forma coordenada com o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional:

“Art. 8º O Comitê atuará de forma coordenada com o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, de que trata o Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020.”

30. Entretanto, a revogação desse dispositivo, caso ocorra, não afetará que coexistam as duas estruturas de caráter supra ministerial no âmbito do Poder Executivo Federal – Gabinete de Crise e o GEI-ESPPII. Isso porque os decretos que instituíram essas duas estruturas continuariam válidos.

31. Como, segundo informações do Ministério da Saúde, o GEI-ESPPII não chegou a se reunir, parece que a intenção do órgão ministerial seria a própria extinção dessa estrutura de governança. Para tanto, contudo, não basta a revogação do art. 8º do Decreto 10.277/2020, pois também seria a necessária a revogação do Decreto 10.211/2020.

32. Assim, entendo pertinente dar ciência desse entendimento ao Ministério da Saúde, mediante o encaminhamento de cópia deste voto, de forma que avalie a medida adequada a ser tomada, quer dando cumprimento à deliberação em questão, quer reavaliando as estruturas de governança, de forma a extinguir formalmente aquelas que não se fizerem necessárias.

II.3

33. Em âmbito nacional, há outra estrutura de combate à pandemia, o Gabinete de Crise da Covid-19, formado pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde e por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

34. Consoante se constatou no segundo relatório, essa estrutura não foi formalmente instituída, de modo que não há ato normativo definindo suas competências, sua composição e a periodicidade das reuniões.

35. Desta feita, foi efetuada a seguinte determinação ao Ministério da Saúde (Acórdão 1.888/2020-Plenário):

“9.1.4. 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;” (grifou-se).

36. Em resposta, o Ministério da Saúde afirmou que (peça 153, p. 7):

“foi elaborada uma proposta de portaria, regulamentando o seu funcionamento, encontra-se em análise pelo Gabinete do Ministro, aguardando-se anuência superior e futura publicação, razão pela qual entende-se que a determinação se encontra em atendimento, o que impossibilita a identificação das diferenças de atribuições e de grau decisório entre as instâncias.”

37. Assim, entende-se que o cumprimento da determinação está em andamento.

II.4

38. A equipe de fiscalização também enfatizou a existência do plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus, elaborado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

39. Entre as ações do plano, cabe destacar:

- a) promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo coronavírus;
- b) garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus;
- c) garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados do novo coronavírus;
- d) garantir a execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção humana pelo novo coronavírus, junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios;
- e) garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial; e
- f) apoiar a ampliação de leitos.

40. Considerando a importância dessas ações, foi efetuada determinação ao Ministério da Saúde para que (Acórdão 1.888/2020-Plenário):

“9.1.5. elabore plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas mencionadas ... no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, 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);”

41. Em resposta a essa medida, o Ministério da Saúde informou que (peça 153, p. 8):

“até o momento, houve a necessidade de respostas imediatas às situações dos entes federados no enfrentamento à pandemia, não sendo, desta forma, possível elaborar Plano de Ação Tático Operacional. O atual Plano de Contingência Nacional apresenta recomendações para o enfrentamento da pandemia, tendo sido previsto de forma global devido ao desconhecimento inicial da patologia.

Considera-se também, o efetivo de pessoal no Ministério da Saúde, as adaptações ao trabalho remoto, e a necessidade de envidar esforços diretamente nas ações de enfrentamento à pandemia e apoio aos entes federados, como fatores que tornam impraticável o desenvolvimento de planos de ação detalhados.

Todavia, atentando para o cenário atual, o COEnCov, juntamente com a revisão do Plano de Contingência, deu início à condução do processo de elaboração de Plano de Ação para os itens apontados na determinação do Acórdão, levando em conta as possibilidades das áreas técnicas em estabelecer previsibilidade, devendo priorizar as ações, atividades e responsáveis.” (grifou-se).

42. Desta feita, acompanho o posicionamento da unidade técnica no sentido de que a determinação está em fase de cumprimento.

II.5

43. Em que pese a discricionariedade do governo em definir a sua estratégia de comunicação, mediante o acórdão que apreciou o segundo relatório de auditoria, foi manifestado o entendimento de que a situação excepcional que vive o país impõe uma maior atenção ao princípio da transparência, como forma de assegurar o direito à informação da população em geral e possibilitar o controle social das ações do governo.

44. Assim, foi determinado ao Ministério da Saúde que (Acórdão 1.888/2020-Plenário):

*“9.1.2. ajuste sua estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença, segundo as diretrizes do Decreto 9.203/2017, os princípios da publicidade e transparência pública e as melhores práticas internacionais a respeito do assunto, a exemplo do guia denominado **National Incident Management System (NIMS)**.” (grifou-se).*

45. Em resposta, o órgão informou que adota diversas estratégias de comunicação na divulgação das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia, cabendo mencionar (peça 153, p. 6-7):

a) coletivas de imprensa:

“realizadas sempre que necessário, porém normalmente haverá pelo menos uma coletiva no meio da semana, atualizando a situação e apresentando tecnicamente o boletim da semana epidemiológica”;

b) plataforma digital LocalizaSUS:

“onde todas as informações relacionadas a ajuda ofertada aos estados e municípios, bem como o cenário de transmissão da doença no país, podem ser acompanhadas por meio da plataforma”;

c) aplicativo para celular Coronavírus-SUS:

– “criado com o objetivo de conscientizar e informar a população sobre os sintomas do coronavírus”;

d) informações no portal (saude.gov.br):

– para obter as informações, “basta clicar nas opções: “O QUE FAZER” e “O QUE VOCÊ PRECISA SABER!”;

e) Disque Saúde 136:

– “nesse canal, é concentrado um grande volume de informações, onde a população tem acesso por meio de atendimento humano e eletrônico.”

f) canais oficiais do Ministério da Saúde nas redes sociais (Facebook, Twitter e Instagram), além da plataforma do YouTube, onde são transmitidas as coletivas de imprensa;

g) aplicativo WhatsApp em que é disponibilizado o serviço “Saúde sem fake News”:

– “exclusivo para receber informações virais, que são apuradas pelas áreas técnicas e respondidas oficialmente se são verdade ou mentira”.

46. A respeito, a unidade técnica observou que “muito embora as estratégias de comunicação digital do Ministério sejam relevantes, não é possível desconsiderar que no Brasil cerca de 46 milhões de pessoas não utilizam a internet, conforme levantamento Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Tecnologia da Informação e Comunicação (Pnad Contínua – TIC) de 2018, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, ações de comunicação que utilizem rádio ou televisão seriam bem-vindas para atingir esse público.” (grifou-se).

47. Ademais, a simples existência de diversos canais não garante uma comunicação eficiente, pois esses canais também devem ser objeto de divulgação para que a população deles tenha conhecimento e os utilize. Caberia, pois, analisar se esses meios estão sendo efetivamente utilizados pela população.

48. Cabe ressaltar que essas estratégias digitais de comunicação possuem um caráter de passividade ao demandarem que o cidadão faça uma ação de busca pela informação. Ou seja, há um alcance limitado na comunicação por meio dos canais oficiais na internet.

49. Outro aspecto a ser considerado é que umas das principais medidas de combate à pandemia é de caráter comportamental. Em outras palavras, o controle e prevenção da doença depende em grande medida das condutas dos indivíduos em seu convívio social.

50. Em sendo assim, seria esperado um plano estratégico de comunicação para conscientizar a população acerca dos procedimentos a serem adotados quando do convívio social para prevenir a disseminação da doença, de acordo com as seguintes medidas de resposta previstas no plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (tópico comunicação de risco para a emergência de saúde pública de importância nacional):

– “informar as medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e a população geral”;

– “elaborar junto com a área técnica materiais informativos/educativos sobre o novo coronavírus e distribuí-los para a população, profissionais de saúde, jornalistas e formadores de opinião;” e

– “disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação”.

51. Desta feita, em complemento à deliberação constante do subitem 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, entendo pertinente efetuar determinação ao Ministério da Saúde para a realização de plano estratégico para essas ações de comunicação.

III - DOS ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

52. Os gastos da União em ações relacionadas ao enfrentamento da Covid-19 e suas consequências estão sendo realizados por meio de diversas ações governamentais.

53. Ao Ministério da Saúde coube a realização de ações de combate ao vírus e de fornecimento de serviços de saúde para a população. Aos Ministérios da Cidadania e da Economia couberam ações para mitigar as consequências econômicas e sociais da crise.

54. Conforme dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente, até 9/10/2020, havia uma dotação orçamentária de aproximadamente R\$ 587,5 bilhões, sendo a maior parte relacionada às consequências econômicas da crise:

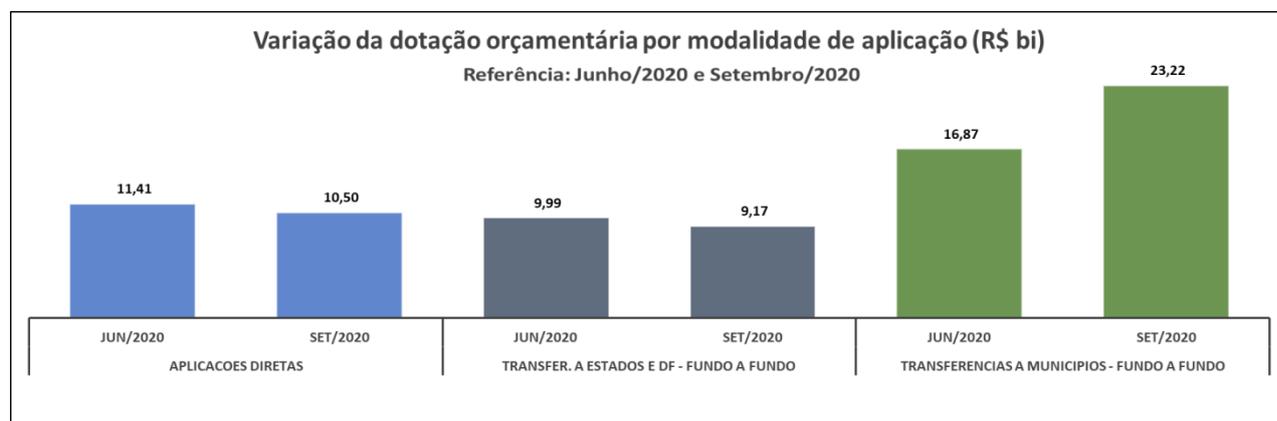
- auxílio emergencial a pessoas em situação de vulnerabilidade: R\$ 322,00 bilhões;
- benefício emergencial de manutenção de emprego e renda: R\$ 51,55 bilhões; e
- auxílio financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal: R\$ 79,19 bilhões.

55. 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 28/9/2020, a dotação de R\$ 49,56 bilhões, dos quais R\$ 43,74 bilhões alocados ao Ministério da Saúde.

56. A dotação destinada ao Ministério da Saúde pode ser assim sintetizada:

- R\$ 10,50 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, especialmente a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
- R\$ 9,17 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde; e
- R\$ 23,22 bilhões para transferência aos fundos municipais.

57. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente (junho de 2020) relevante incremento das dotações destinadas aos fundos municipais de saúde e a diminuição das dotações para aplicação direta e para os fundos estaduais de saúde:



III.1. Aplicações diretas

58. No tocante aos recursos a serem aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde no âmbito federal (R\$ 10,50 bilhões), incluindo suas unidades vinculadas, haviam sido

empenhados R\$ 5,84 bilhões até 28/9/2020 ou 55,62% do total previsto (no acompanhamento anterior havia sido constatado o empenho de R\$ 2,96 bilhões).

59. A tabela abaixo demonstra as contratações de maior materialidade de responsabilidade direta do Ministério da Saúde, no valor agregado de R\$ 2,416 bilhões, equivalentes a 41,37% do total empenhado:

Favorecido	Objeto Resumido	Valor empenhado (R\$)
GLOBAL BASE DEVELOPMENT HK LIMITED	Máscaras	694.320.000,00
BANCO DO BRASIL SA	Pagamentos a residentes da área de saúde	318.157.406,00
INTERMED EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA	Ventiladores pulmonares	258.000.000,00
COORDENACAO-GERAL DE GESTAO DE PESSOAS	Programa Médicos pelo Brasil	220.951.811,49
COORDENACAO-GERAL DE GESTAO DE PESSOAS	Programa Médicos pelo Brasil	217.329.272,76
MAGNAMED TECNOLOGIA MÉDICA S/A	Ventiladores pulmonares	169.748.920,80
MAGNAMED TECNOLOGIA MÉDICA S/A	Ventiladores pulmonares	152.801.479,20
TOPMED ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	Atendimento pré-clínico (telemedicina)	144.009.900,00
LIFE TECHNOLOGIES BRASIL COMERCIO E INDUSTRIA DE PRODUT	Aquisição de testes	133.200.000,00
TAM LINHAS AEREAS S/A.	Transporte de cargas	108.000.000,00

60. Em relação ao acompanhamento anterior, não se verificou novos empenhos de alta materialidade para a aquisição de equipamentos e insumos. Observa-se, entretanto, o incremento de empenhos para pagamento de pessoal no caso do Programa Médicos pelo Brasil e para pagamentos a residentes na área de saúde, os quais alcançaram o valor de R\$ 438 milhões.

III.1.1. Execução orçamentária

61. No segundo relatório do acompanhamento, foram realizados apontamentos iniciais sobre a baixa execução dos recursos a cargo do Ministério da Saúde, em especial no tocante às transferências fundo a fundo para os entes subnacionais. O quadro abaixo demonstra que houve uma significativa alteração nesse cenário:

Aplicações Diretas					
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
25/6/2020	11.407.109.967,92	2.886.878.898,37	25,31%	1.394.038.280,07	12,22%
28/9/2020	10.500.940.218,88	5.803.720.091,91	55,27%	4.155.909.305,57	39,58%
Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo					
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
25/6/2020	9.992.269.042,01	4.057.646.123,25	40,61%	3.943.131.282,34	39,46%
28/9/2020	9.172.496.709,91	8.185.168.306,03	89,24%	7.378.481.839,74	80,44%
Transferências a Municípios - Fundo a Fundo					

Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
25/06/2020	16.874.453.109,47	5.791.278.867,06	34,32%	5.707.188.966,55	33,82%
28/09/2020	23.217.097.199,60	21.143.554.158,94	91,07%	19.555.312.513,50	84,23%

62. Consoante observou a unidade técnica, observa-se relevante incremento da execução dos recursos pelo Ministério da Saúde, especialmente em relação às transferências intergovernamentais, de forma que resta afastado o apontamento acerca da baixa execução orçamentária.

63. Entretanto, ainda resgatando as pertinentes considerações efetuadas pela SecexSaúde, cabe destacar que a baixa ou alta execução orçamentária e financeira, por si só, não é parâmetro suficiente para avaliar a eficiência ou a eficácia da condução da política de enfrentamento à atual crise de saúde pelo Ministério da Saúde, pois, há, na realidade, uma questão anterior e talvez mais importante que diz respeito ao desconhecimento da estratégia e do planejamento das ações de enfrentamento da crise no âmbito da pasta ministerial.

64. Em outras palavras, o nível de execução orçamentária deve ser confrontado com as necessidades enfrentadas pelos atores responsáveis pelo enfrentamento da crise do coronavírus. A baixa execução orçamentária passa a ser um problema caso se verifique que as necessidades não estão sendo supridas. Pelo reverso, em um cenário em que as necessidades estejam sendo atendidas adequadamente, com estratégias e ações bem definidas, o nível de execução orçamentário é mera consequência desse enfrentamento apropriado da crise.

III.1.2.

65. A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e, até o momento, não conseguiu acesso a planos ou documentos afins que identifiquem e formalizem de forma clara a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização.

66. Por meio de diligência determinada no item 9.2 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, buscou-se que o Ministério da Saúde apresentasse a estratégia de aquisições para o combate à Covid-19, contendo elementos como identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos.

67. Em resposta a essa diligência, foi informado pelo Ministério da Saúde que:

“Em relação à estratégia, releva esclarecer que o principal fator foi a decisão de o Ministério da Saúde centralizar a aquisição de alguns equipamentos ou insumos, como forma de apoiar os estados e municípios no enfrentamento da pandemia.

A falta de informações relacionadas às reais necessidades associada à escassez desses bens no mercado fizeram com que fossem realizados procedimentos de aquisição para garantir o atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, bem como garantir a manutenção da força de trabalho.

Nesse sentido, cabe citar a estratégia de aquisição de dois itens de elevada relevância para o enfrentamento da pandemia, quais sejam: ventiladores pulmonares e kits de teste para diagnóstico da COVID-19.” (grifou-se).

68. Contudo, a unidade técnica apontou o caráter de generalidade da resposta que, apesar de informar parcialmente o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, não apresenta os desdobramentos em planos estratégicos e operacionais.

69. Como bem colocou a unidade técnica, em um primeiro momento, o cenário era de imprevisibilidade, o que impossibilitava uma melhor definição das ações a serem implementadas. No entanto, assim como foi possível definir o orçamento, atualmente no valor de R\$ 43,74 bilhões, era de se esperar uma definição dos objetivos e ações em nível macro correspondentes ao valor alocado e, com uma maior assimilação do cenário, o detalhamento das atividades ou dos projetos a serem desenvolvidos.

70. Planejamentos indicando o levantamento das necessidades futuras de insumos, equipamentos e medicamentos, formas de aquisição e critérios de distribuição, com os respectivos cronogramas não foram apresentados.

71. É verdade que a atual situação da pandemia no Brasil indica que já tenha ocorrido o momento para a elaboração de tal planejamento. Entretanto, não se pode descartar um eventual recrudescimento de casos, caracterizado como uma segunda onda, tal qual atualmente verificado em alguns países europeus, o que exigiria uma nova rodada de fornecimento de suprimentos para os entes subnacionais.

72. Assim, em reforço à determinação contida no subitem 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020-Plenário entendo pertinente realizar determinação para que seja elaborado plano estratégico detalhado para as seguintes medidas de resposta previstas no plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (tópicos gestão e assistência farmacêutica para a emergência de saúde pública de importância nacional):

– “garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19;”

– “garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus SARS-COV-2;”

– “monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual;”

– “rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação a demanda;” e

– “garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes”.

IV. DOS CRITÉRIOS DAS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA OS ENTES FEDERADOS

73. O item 9.2.1 do Acórdão 1335/2020-Plenário, relativo ao primeiro relatório do presente acompanhamento, recomendou ao Ministério da Saúde que adotasse critérios técnicos para disponibilizar recursos aos entes subnacionais para tratar da pandemia de Covid-19, 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.

74. Como resposta a essa deliberação, em 1/7/2020 foi editada a Portaria GM/MS 1.666/2020, cujos anexos I e II apresentam valores individualizados para todos os entes subnacionais.

75. O art. 2º dessa norma apresentou os seguintes parâmetros para transferências de recursos relativos ao enfrentamento da pandemia de Covid-19:

“I - para a gestão Municipal:

a) faixa populacional [com base na população IBGE/TCU/2019];

b) valores de produção de Média e Alta Complexidade registrados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos Municípios,

Estados e Distrito Federal, no ano de 2019; e

c) valores transferidos aos Municípios e Distrito Federal relativo ao Piso de Atenção Básica (PAB), no exercício de 2019.

II - para a gestão Estadual:

a) dados populacionais, com base na população IBGE/TCU/2019;

b) números de leitos de UTI registrados nos Planos de Contingência dos Estados para o enfrentamento à pandemia do coronavírus; e

c) taxa de incidência da COVID-19 por 100 (cem) mil habitantes.”

76. Entretanto, não foi especificada a forma como essas diferentes variáveis se relacionam. Não foi exposto, por exemplo, se o órgão ministerial iria privilegiar os municípios com menor população ou com mais estrutura de serviços na rede de apoio de média e alta complexidade ambulatorial e qual fórmula foi utilizada para, a partir desses diversos indicadores, chegar aos valores constantes dos anexos da portaria.

77. Solicitados esclarecimentos ao Ministério da Saúde, este informou que, para os municípios, foi feito um cálculo proporcional tendo como referências o somatório dos valores recebidos a título de teto do piso de atenção básica e de produção registrada de média e alta complexidade, multiplicado por um fator, que pode ser de:

- 6 (municípios com até 30 mil habitantes);
- 5 (30 mil a 50 mil habitantes);
- 4 (50 mil a 200 mil habitantes); ou
- 2 (mais de 200 mil habitantes).

78. Vislumbra-se claramente uma priorização dos municípios menores, com uma tendência que recebam maiores valores **per capita**. Tal estratégia foi assim justificada pela pasta ministerial (peça 156, p. 9):

“buscou-se priorizar os Municípios menores, em função do comportamento atual da curva epidemiológica da COVID-19, que apresenta tendência de aumento dos casos nos municípios do interior do país (dados epidemiológicos oficiais do Ministério da Saúde, sítio “covid.saude.gov.br”). Priorizar os Municípios com menor número de habitantes visou proporcionar recursos financeiros para ações preventivas.” (grifou-se).

79. Para os estados, acolheu-se proposta efetuada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) de forma que os recursos foram assim distribuídos:

- 31,1% com base no critério populacional;
- 24% com base na oferta de leitos de unidades de terapia intensiva disponíveis nos Planos de Contingência dos Estados; e
- 44,9% com base na taxa de incidência de Covid-19.

80. Em sendo assim, por considerar razoáveis os critérios adotados, tal qual exposto pela unidade técnica, entendo que a recomendação pode ser considerada atendida.

81. Entretanto, como os critérios de rateio constantes da Portaria GM/MS 1.666/2020 não foram formalizados em documento específico para tanto, cabe dar ciência ao Ministério da Saúde acerca da necessidade de dar maior transparência aos procedimentos adotados.

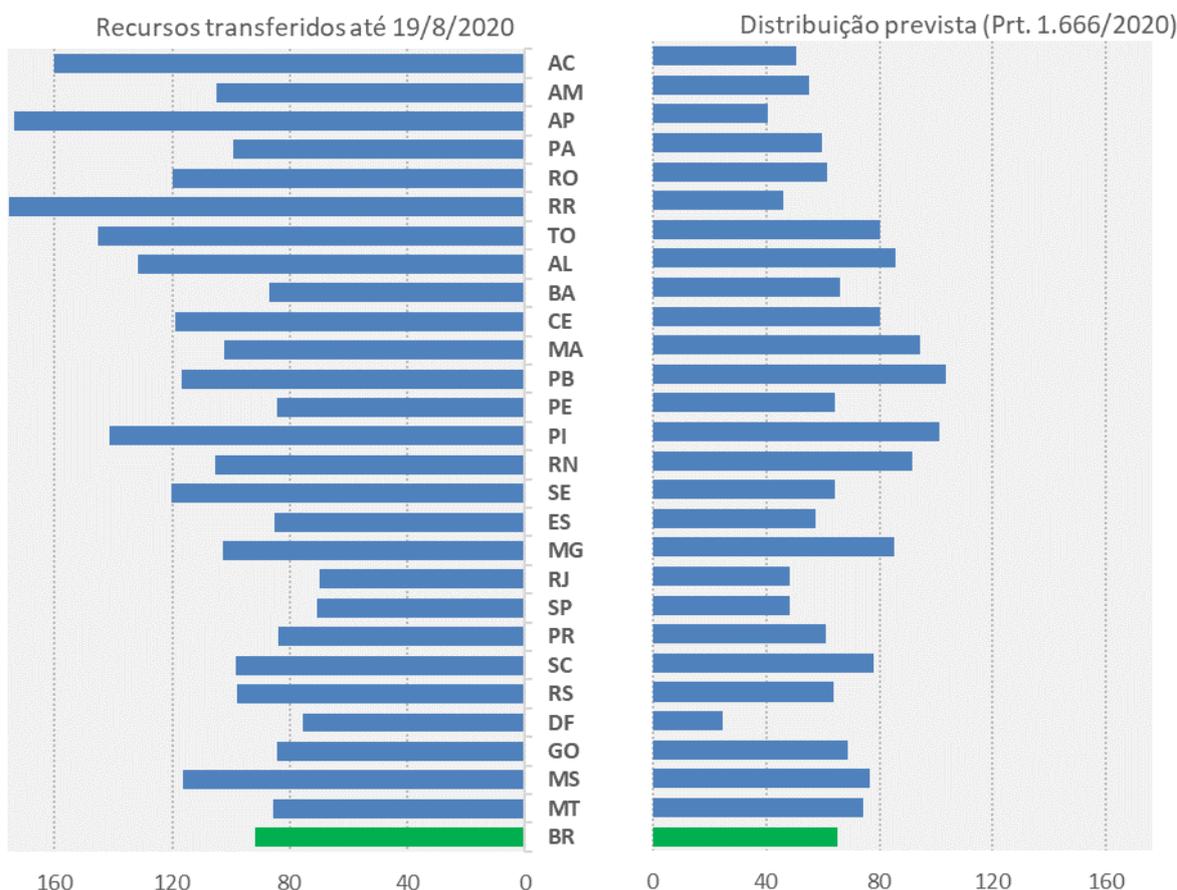
82. Outrossim, verifica-se que 44,9% dos recursos distribuídos ocorreu com base na taxa de incidência de Covid-19. Embora considere adequado o critério, a unidade técnica aponta que ele pode incentivar a prática de supernotificação do número de casos da doença.

83. A respeito, embora não tenha evidência de que essa prática deletéria esteja acontecendo, não vislumbro óbices para, tal como proposto pela equipe de auditoria, cientificar a pasta ministerial acerca desse risco para que esta, na medida do possível, confirme os dados apresentados pelos entes subnacionais.

IV.1 Efeitos do novo critério de distribuição

84. Antes da recomendação efetuada pelo TCU (item 9.2.1 do Acórdão 1335/2020-Plenário) e da consequente edição da Portaria GM/MS 1.666/2020, em 1/7/2020, os recursos aos entes subnacionais eram destinados sem que fossem seguidos critérios objetivos.

85. No gráfico abaixo, é possível verificar um comparativo entre a dinâmica de financiamento prevista pela Portaria GM/MS 1.666/2020 em comparação com os valores transferidos via Fundo Nacional de Saúde até 19/8/2020 (em sua maior parte sem a adoção dos parâmetros da norma) (valores em R\$ **per capita**):



86. Considerando-se esses dados agregados em termos **per capita**, verifica-se que, por exemplo, o Estado do Amapá recebeu R\$ 173,63 por habitante, valor mais que quatro vezes superior ao previsto na Portaria 1.666/2020 (R\$ 40,60 per capita).

87. Por outro lado, a nova sistemática pouco teria influenciado no caso do Estado do Maranhão (teria recebido R\$ 95,45 pelas regras do normativo, enquanto efetivamente recebeu R\$ 102,42 até aquela data).

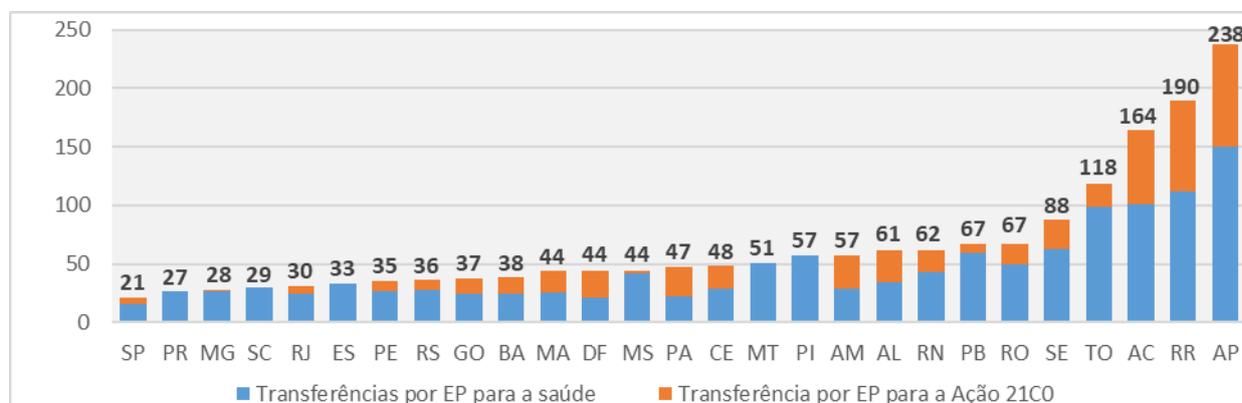
88. Veja, pois, que a ação do TCU redundou que a divisão dos recursos seja mais equânime, com menores discrepâncias nos valores **per capita**, além de obedecer a critérios objetivos.

IV.2 Emendas parlamentares

89. A par dessas considerações, a unidade técnica fez uma análise acerca dos recursos oriundos de emendas parlamentares.

90. Em termos per capita, considerando dados extraídos em 10/9/2020, tais transferências – incluindo ações de saúde em geral e de enfrentamento à pandemia – tiveram uma variação bem grande entre as unidades federadas, oscilando entre R\$ 20,65 para São Paulo e R\$ 237,79 para o Amapá (média de R\$ 65,25).

91. No geral, observa-se que os seis estados brasileiros com menor população (RR, AP, AC, TO, RO e SE) foram os que proporcionalmente mais receberam recursos oriundos de emendas parlamentares:



92. Conforme se verifica, existe uma maior tendência de alocação de recursos das emendas parlamentares para a saúde nas unidades da federação com menor população, que são as que possuem maior representatividade proporcional no Parlamento. Ou seja, não necessariamente os recursos estão sendo alocados preferencialmente nos entes subnacionais com maior necessidade.

93. Deve-se ressaltar que as emendas parlamentares são legítimos instrumentos democráticos que aproximam o parlamento das demandas da sociedade. Por outro lado, é importante a harmonização do conteúdo das emendas com outras necessidades da população, de forma a maximizar a efetividade da utilização dos recursos públicos.

94. Desta feita, acolho a proposta de recomendação ao Ministério da Saúde para que avalie a conveniência e a oportunidade de considerar, quando da definição dos recursos a serem transferidos aos entes subnacionais via Fundo Nacional de Saúde, com embasamento no art. 33 da Lei 8.080/1990, o valor já destinado a esses entes por meio de emendas parlamentares aprovadas pelo Poder Legislativo, a fim de garantir o atendimento ao disposto no 3º do art. 198 da Constituição Federal, que objetiva a progressiva redução das disparidades regionais.

95. Sempre na busca pela maior transparência no trato da coisa pública, também acolho a proposta para recomendar ao Ministério da Saúde que implemente, no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, mecanismos de extração gerencial de dados relativos aos recursos transferidos aos entes subnacionais por meio de emendas parlamentares.

V. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

96. A SecexSaúde procedeu ao acompanhamento dos atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelos órgãos e entidades do Ministério da Saúde sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.

97. Nesse terceiro ciclo de acompanhamento, as contratações do Ministério da Saúde voltaram-se para a aquisição de reagentes e insumos para testes e para a aquisição de medicamentos para intubação e sedação.

V.1. Insumos para testes

98. A contratação de reagentes para purificação e isolamento de material genético (RNA) foi realizada mediante processo de aquisição emergencial que previa a contratação de 15 milhões de unidades de conjuntos para análise de material genético.

99. Foram então contratados, em 21/8/2020, 10 milhões de unidades ao preço unitário de R\$ 13,32, totalizando R\$ 133.200.000,00.

100. Ao longo do processo de aquisição, ocorreram diversas alterações na especificação do objeto a ser contratado, o que evidencia a falta de planejamento e coordenação por parte do Ministério da Saúde para a aquisição.

101. Ademais, consoante apontado pela unidade técnica, não foram encontradas no processo evidências que demonstrem articulação entre a pasta ministerial e os demais entes da Federação para a realização de levantamento da necessidade de testagem da população para o enfrentamento da pandemia.

102. Em reunião realizada com a equipe de auditoria, o Ministério da Saúde informou que analisa a possibilidade de receber a primeira parcela e, posteriormente, anular o contrato, de forma a reavaliar a real necessidade de contratação dos testes e de instaurar procedimento para apurar a responsabilidade dos envolvidos na contratação.

103. Cabe, pois, à SecexSaúde avaliar os desdobramentos da presente contratação, representando a este Tribunal se for o caso.

V.2. Kits anestésicos

104. O agravamento da pandemia do novo coronavírus, por volta de julho de 2020, e a situação de crescente aumento da necessidade de suporte ventilatório invasivo – intubação orotraqueal (IOT) – implicou a elevação da demanda por medicamentos anestésicos e sedativos, dentre outros. Essa maior demanda pelos insumos provocou a ocorrência de desabastecimentos na rede de saúde.

105. Diante da situação emergencial, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) solicitou apoio ao Ministério da Saúde para garantir o abastecimento dos itens, enquanto o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) requereu ações urgentes da pasta ministerial no sentido de realizar articulação com o setor farmacêutico para o saneamento do problema.

106. Apesar de a seleção, aquisição e distribuição dessa linha de medicamentos serem de responsabilidade dos estados e municípios, o Ministério da Saúde iniciou tratativas com os principais atores institucionais e o setor produtivo para a busca de soluções para o abastecimento de toda a rede hospitalar.

107. Desta feita, as aquisições ocorreram pelos seguintes meios:

- requisição administrativa;
- aquisição via Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);

- aquisição por meio da chamada “Operação Uruguai”;
- por meio de pregão - Sistema de Registro de Preços; e
- contratação emergencial.

V.2.1. Requisição administrativa

108. A requisição administrativa decorreu da grave situação de desabastecimento de medicamentos para intubação e ocorreu com fulcro no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990 (que dispõe sobre as condições para o funcionamento dos serviços de saúde) e art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020 (que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus).

109. Foram adquiridos 19 tipos de medicamentos de 12 laboratórios, perfazendo mais de quatro milhões de unidades. Até a época da realização da elaboração do relatório de auditoria, os valores a serem pagos ainda não tinham sido definidos.

V.2.2. Operação Uruguai

110. Outro mecanismo utilizado pelo Ministério para solução da escassez do **kit** anestésico foi a aquisição e importação de medicamentos disponíveis de empresas localizadas no Uruguai para abastecimento prioritariamente da rede hospitalar dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que encontravam-se, à época, em situação extremamente crítica. Essa estratégia foi denominada “Operação Uruguai”.

111. Para as aquisições, foram avaliados os preços apresentados por quatro laboratórios uruguaios, sendo adquiridos dois tipos de medicamentos, perfazendo 54.867 unidades, ao custo total de R\$ 1.640.190,00.

V.2.3. Aquisição via Organização Pan-Americana da Saúde

112. A aquisição pela Opas é realizada pelo Ministério da Saúde em diversos casos específicos, já havendo fluxo definido para essa estratégia de compra.

113. Assim, o Ministério da Saúde encaminhou a lista de medicamentos a serem adquiridos para a Opas, que realizou a cotação internacional e a aquisição no âmbito de um termo de cooperação.

114. Por essa via, foram adquiridos cinco tipos de medicamentos, perfazendo 389.136 unidades, ao custo total de R\$ 2.277.066,00.

V.2.4. Pregão

115. Ainda na busca para enfrentar o desabastecimento de medicamentos, o Ministério da Saúde realizou registro de preços na modalidade pregão em 27/7/2020. A definição da lista de medicamentos constantes do edital de licitação deu-se com base nas informações encaminhadas pelo Conass.

116. Após várias negociações de preços, foram contratados oito itens dos 21 previstos, perfazendo 15.281.125 unidades ao valor total de R\$ 95.652.080,00.

117. As negociações de preços de onze itens foram fracassadas e para dois itens não foram apresentadas propostas.

118. Mesmo assim, dos oito itens homologados, somente obteve-se cotação integral do quantitativo para dois itens (Cloreto de Suxametônio e Epinefrina). Para cinco itens, obteve-se cotação de 10% do quantitativo total do edital e para um item, 30% do total.

119. Esses fatos apontam para a dificuldade então vivenciada para a aquisição dos medicamentos do **kit** intubação, seja pela elevação dos preços praticados, no caso dos itens

com negociação fracassada, ou pela escassez dos produtos no mercado nacional, no caso dos itens para os quais não foram apresentadas propostas.

V.3.

120. Não se verificou, em nenhum dos processos de aquisição dos kits intubação, registros da participação do COE-nCOV como órgão coordenador do planejamento das compras ou como responsável pela articulação com os gestores estaduais e municipais, de modo a definir a estratégia das aquisições ou de distribuição de medicamentos ou insumos, descumprindo os incisos I e III do art. 3º da Portaria GM-MS 188/2020.

121. Outrossim, observou-se que nem todos os processos de aquisição estão sendo efetuados no bojo do Sistema Eletrônico de Informações (SEI/MS), tal qual determinado pela Portaria GM/MS 900/2017, com as exceções nele previstas. Assim, acompanho a proposta da unidade técnica no sentido de ser efetuada determinação para que a falha seja sanada.

VI. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES DA FIOCRUZ

122. O orçamento disponibilizado para a Fiocruz na ação de combate ao Coronavírus alcançava, até 3/9/2020, o valor de R\$ 1,19 bilhão para a realização de diversas atividades (sem considerar a quantia de R\$ 1,99 bilhão repassada para a aquisição de insumo farmacêutico ativo e produção de 100 milhões de doses de vacinas para a Covid-19 – Encomenda Tecnológica (Etec) celebrada com a empresa AstraZeneca UK Limited).

123. Além dos montantes orçamentários, a Fiocruz também está realizando atividades relacionadas à Covid-19 com recursos advindos de doações diretas de recursos financeiros ou de bens/serviços (até 8/9/2020, essas doações alcançavam o valor aproximado de R\$ 299,3 milhões).

VI.1 Execução Orçamentária

124. Até 28/9/2020 foram empenhados recursos da ordem de R\$ 2,35 bilhões, havendo pagamentos de R\$ 1,98 bilhão. A tabela a seguir apresenta os dez maiores empenhos emitidos pela Fiocruz:

FAVORECIDO	VALOR (R\$)
ASTRAZENECA UK LIMITED	1.284.023.632,94
FIOTEC	78.124.283,29
INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR DO PARANA - IBMP	57.366.272,00
RAC ENGENHARIA E COMERCIO LTDA	56.832.173,94
FIOTEC	50.000.000,00
PERKIN ELMER HEALTH SCIENCES INC	48.402.160,62
NOVA RIO SERVICOS GERAIS LTDA	40.164.727,79
QIAGEN GMBH	34.023.246,48
INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR DO PARANA - IBMP	26.272.896,00
FIOTEC	23.171.741,91
TOTAL:	1.698.381.134,97

125. Em razão da materialidade dos recursos envolvidos e do objeto, optou-se por analisar as contratações da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e do Instituto de Biologia Molecular do Paraná – IBMP (o contrato com a AstraZeneca UK Limited será analisado em tópico específico deste voto).

VI.1.1. Contratações da Fiotec

126. A Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) trata-se de fundação de apoio da Fiocruz.

127. De acordo com a análise do segundo relatório de acompanhamento, coube à SecexSaúde analisar se houve a contratação direta da fundação para a execução de atividades de rotina administrativa, o que iria de encontro ao disposto no art. 1º, § 3º da Lei 8.958/1994 (que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio), a seguir transcrito:

“§ 3º É vedado o enquadramento no conceito de desenvolvimento institucional, quando financiadas com recursos repassados pelas IFES e demais ICTs às fundações de apoio, de:

I - atividades como manutenção predial ou infraestrutural, conservação, limpeza, vigilância, reparos, copeiragem, recepção, secretariado, serviços administrativos na área de informática, gráficos, reprográficos e de telefonia e demais atividades administrativas de rotina, bem como as respectivas expansões vegetativas, inclusive por meio do aumento no número total de pessoal; e

II - outras tarefas que não estejam objetivamente definidas no Plano de Desenvolvimento Institucional da instituição apoiada.”

128. Pois bem, foram constadas sete contratações da Fiotec, no valor total de R\$ 385.910.841,01, consoante exposto no relatório que antecede este voto.

129. A contratação de maior materialidade, com valor previsto de R\$ 149.933.673,47, teve por objeto a execução de “ações emergenciais para enfrentamento da Pandemia da Doença Causada pela Covid-19.”

130. Consoante exposto pela unidade técnica, as metas do contrato objetivam a operacionalização do centro hospitalar e das centrais analíticas, bem como a disponibilização de testes de diagnósticos em consonância com as ações de enfrentamento à pandemia. Assim, não se verificou que tenha ocorrido a contratação de serviços de rotina administrativa, vedados pelo §3º do art. 1º da Lei 8.958/1994.

VI.1.2 Contratação do IBMP

131. O Instituto de Biologia Molecular do Paraná – IBMP é uma Instituição Científica e Tecnológica (ICT), criada em 1999 por meio de uma parceria entre a Fiocruz e o Governo do Estado do Paraná. O IBMP atua no desenvolvimento tecnológico, inovação e produção industrial de soluções para a saúde, com destaque para o Sistema Único de Saúde.

132. A contratação do IBMP prevê a produção e disponibilização de 4.000.032 de testes moleculares RT-PCR ao custo unitário de R\$ 52,00 resultando em uma contratação de R\$ 208.001.664,00.

133. Trata-se de insumo de grande relevância no contexto da atual crise de saúde, sendo que o contrato em questão responde por parcela significativa da meta prevista pela Fiocruz de disponibilização de 11.700.000 testes moleculares.

134. Quanto ao preço contratado, a unidade técnica ressaltou que as pesquisas por testes moleculares possuem uma dificuldade intrínseca consistente na descrição dos objetos com diversas particularidades que dificultam a comparabilidade.

135. Com essa ressalva, verificou-se que o Painel Gerencial “Contratações Relacionadas à Covid-19”, desenvolvido pela CGU, apresenta duas contratações com objetos comparáveis ao

aqui tratado, sendo obtidos preços unitários de R\$ 140,62 e R\$ 40,00. Assim, considerando o preço unitário de R\$ 52,00 do contrato ora analisado, não se verificou indícios de sobrepreço.

VII. DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS PELOS ENTES FEDERADOS

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

137. Contudo, a análise dos recursos executados pelos demais entes federativos é atividade complexa. As transferências transitam por sistemas orçamentários, financeiros e contábeis dos diversos entes federados, sendo que nem todos possuem rubricas que identifiquem os recursos destinados ao combate à pandemia da Covid-19.

138. Em termos finalísticos, a Nota Técnica de 3/4/2020 editada pelo Conasems e o art. 3º da Portaria GM/MS 1.666/2020 definem que os recursos repassados pela União para o enfrentamento da emergência podem ser aplicados em: atenção primária, atenção especializada, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, aquisição de suprimentos, insumos e materiais hospitalares, custeio de tratamentos, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como na definição de protocolos assistenciais específicos.

139. Assim, pelo fato de as ações de enfrentamento não serem objeto de uma ação orçamentária específica no orçamento dos entes subnacionais, é difícil segregar as transferências para o combate à pandemia das demais transferências ordinárias feitas pelo Fundo Nacional de Saúde.

140. Posto isso, a presente fiscalização levantou a execução dos orçamentos dos entes subnacionais para todas as despesas orçamentárias da fonte “*transferência fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal*”.

141. Como critério para apurar a execução de despesas, utilizou-se o montante empenhado em relação à dotação autorizada, referentes ao terceiro trimestre de 2020 (dados extraídos do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde – Siops).

142. No geral, constatou-se que os municípios apresentaram maior execução orçamentária do que os estados. A relação entre empenho e dotação atual ficou em aproximadamente 68,3% para municípios e 52,5% para estados.

143. Até o terceiro bimestre, poucos entes subnacionais – 7,4% dos municípios e nenhum estado – tiveram execução superior a 90%, considerando a dotação oriunda de transferências por parte do governo federal. Por outro lado, uma quantidade relevante apresentou índices de execução inferior a 50%, o que pode ser um indício de dificuldades para execução dos orçamentos em saúde durante a pandemia.

144. A tabela a seguir demonstra esses dados (amostra de 2.887 municípios e 13 estados):

Despesa		Empenhado	Liquidado	Pago	Subtotal c/ Emp. > 90%	Subtotal c/ Emp. < 50%
Estados	Corrente	55,1%	39,2%	37,1%	0,0%	53,8%
	Capital	12,3%	2,9%	2,7%	0,0%	92,3%
	Total	52,5%	37,0%	35,1%	0,0%	53,8%
Municípios	Corrente	70,6%	45,9%	42,8%	9,0%	26,1%
	Capital	28,2%	15,2%	13,7%	8,9%	69,5%
	Total	68,3%	44,3%	41,2%	7,4%	30,7%

145. Há de se ressaltar que altos índices de execução não necessariamente indicam efetividade nas ações de atenção à saúde, havendo de se considerar outros fatores, como perfil de gastos de diferentes entes subnacionais, acesso a insumos estratégicos para combate à pandemia, capacidade de gestão, entre outros.

VII.1.

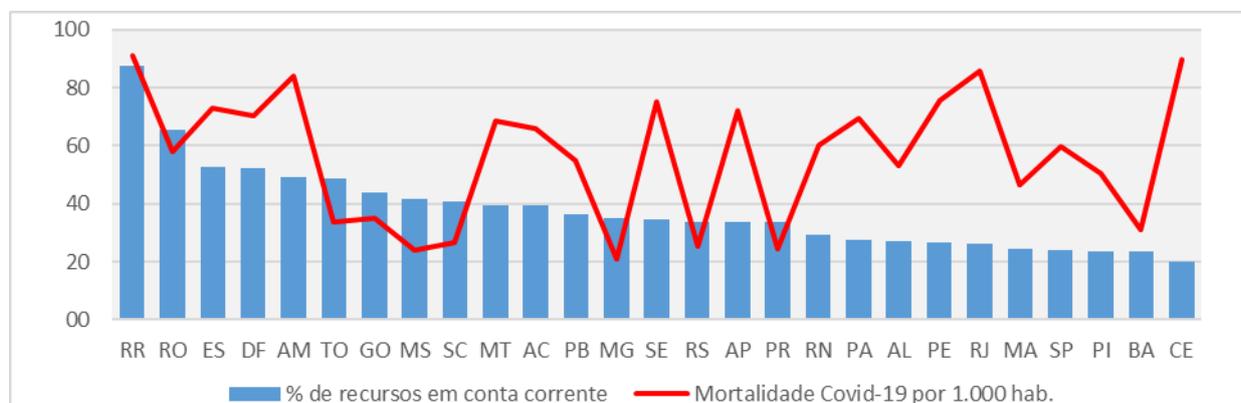
146. A inserção de dados no Siops (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde) ocorre bimestralmente, o que dificulta uma análise tempestiva dos resultados da aplicação dos recursos repassados. Ademais, como será visto posteriormente neste voto, nem sempre esses prazos são cumpridos.

147. Desta feita, de forma proativa, a SecexSaúde realizou a extração dos valores que foram transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, e comparou-se com os saldos bancários das contas correntes para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde, mantidas na Caixa Econômica Federal e no Banco do Brasil.

147. Realizada a extração dos dados em 19/8/2020, verificou-se que os entes subnacionais tinham saldos de aproximadamente R\$ 22,1 bilhões, face às transferências recebidas do Fundo Nacional de Saúde de cerca de R\$ 70,8 bilhões (referentes aos recursos do orçamento regular da saúde e aos recursos específicos para o combate à Covid-19). Ou seja, remanesciam nas contas cerca de 31,2% do total de recursos recebidos.

148. Em termos regionais, observa-se grande discrepância entre os entes federados. Enquanto o Estado de Roraima e seus municípios apresentavam aproximadamente 87,5% dos valores recebidos por transferências federais parados em suas contas bancárias, no Ceará (estado e municípios) esse percentual era de 18,2%. No geral, os entes apresentaram um saldo médio de 56,4% em relação às transferências recebidas.

149. Realizando-se um comparativo entre as taxas de mortalidade por Covid-19 por UF (dados de 19/8/2020) e o volume de recursos aplicados, não se identificou correlação aparente.



150. Em tese, poderia ser esperado que os locais que houvessem aplicado mais recursos teriam menores taxas de mortalidade e que aqueles que houvessem aplicado menos recursos teriam índices maiores. Não obstante, os estados com maiores taxas de mortes por 1.000 habitantes naquela data (Roraima e Ceará) apresentaram tendências opostas a respeito, o que pode indicar que outras ações podem ser mais efetivas para o controle da pandemia (v.g. nível de distanciamento social) do que a mera transferência/execução de recursos.

VIII. DESENVOLVIMENTO DA VACINA

151. A Lei 10.973/2004, que dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, elenca, dentre os instrumentos de estímulo à inovação, a encomenda tecnológica – Etec (art. 19, § 2º-A, inciso V).

152. Com base nesse instituto, órgãos e entidades da administração pública podem contratar instituições públicas ou privadas para a realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação que envolvam risco tecnológico, para solução de problema técnico específico ou obtenção de produto, serviço ou processo inovador (art. 20 da Lei 10.973/2004).

153. O Decreto 9.245/2017, que instituiu a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde, relacionou, dentre os instrumentos estratégicos da política, as encomendas tecnológicas na área da saúde.

154. Risco tecnológico, consoante o Decreto 9.283/2018 (art. 2º, inciso III), que regulamenta a Lei 10.973/2004, é a “possibilidade de insucesso no desenvolvimento de solução, decorrente de processo em que o resultado é incerto em função do conhecimento técnico-científico insuficiente à época em que se decide pela realização da ação” (grifou-se).

155. O art. 24, inciso XXXI, da Lei 8.666/1993, c/c o art. 3º da Lei 10.973/2004, prevê a dispensa de licitação para contratações voltadas para atividades de pesquisa e desenvolvimento, que objetivem a geração de produtos, processos e serviços inovadores e a transferência e a difusão de tecnologia.

156. Com base nesse quadro jurídico, em 27/6/2020, o Ministério da Saúde aceitou a proposta de acordo de cooperação para possibilitar o acesso do Brasil à vacina para Covid-19 em desenvolvimento pela Universidade de Oxford do Reino Unido e licenciada ao laboratório AstraZeneca.

157. O extrato de dispensa de licitação da contratação, no valor global de R\$ 1.353.825.601,80, foi publicado no Diário Oficial da União em 15/9/2020. O contrato foi assinado em 8/9/2020.

158. O Ministério da Saúde designou a Fiocruz para a absorção da tecnologia e a produção local da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford.

159. Por certo, como se trata de desenvolvimento de nova tecnologia, os resultados do contrato são incertos, tanto em termos de prazos, quanto de efetividade do produto para os fins a que se destina. Ou seja, ambas as partes contratantes assumem o risco tecnológico de insucesso no desenvolvimento da solução.

160. O art. 28, § 5º, do Decreto 9.283/2018 estabelece que, na hipótese de o projeto ser conduzido nos moldes contratados e os resultados obtidos serem diversos daqueles almejados em função do risco tecnológico, o pagamento obedecerá aos termos estabelecidos no contrato.

161. Com base nessa norma, a cláusula 9.14 do contrato estabelece que:

“Caso os resultados pretendidos sob este Contrato não sejam total ou parcialmente atingidos em virtude do Risco Tecnológico ..., as CONTRATANTES reconhecem e aceitam que

...; (ii) não terão direito ao reembolso de quaisquer valores pagos à CONTRATADA ou valores de impostos, tributos ou taxas.” (grifou-se).

162. Sendo bem sucedido o desenvolvimento do produto, o Laboratório AstraZeneca fornecerá insumo farmacêutico ativo – IFA para a produção de 100,4 milhões de doses de vacinas e a tecnologia necessária para o processo de formulação, envase e rotulagem.

163. Posteriormente, está prevista a celebração de um segundo contrato específico denominado de Contrato de Transferência de Tecnologia (CTT), que estabelecerá a transferência de tecnologia do processo de produção do insumo farmacêutico ativo – IFA. Nesse contrato deverá ser estabelecido os futuros **royalties** a serem pagos ao Laboratório AstraZeneca.

164. Esse Contrato de Transferência de Tecnologia (CTT) está previsto para ser assinado em até noventa dias após a assinatura do primeiro contrato firmado com o Laboratório AstraZeneca (cláusula 15.3.2. do contrato da Etec).

VIII.1. Das razões para a escolha da vacina de Oxford/AstraZeneca

165. Consoante o art. 27, § 4º, do Decreto 9.283/2018, na fase prévia à celebração do contrato, a administração pública deverá consultar potenciais contratados para obter informações necessárias à definição da encomenda tecnológica.

166. Assim, foram contatadas dezenove empresas e foi possível avançar em discussões de modelos de negócio com três laboratórios, cujas candidatas a vacinas foram consideradas as mais avançadas no momento específico da interação.

167. Com o avançar dessa prospecção, verificou-se que a vacina da Universidade de Oxford/AstraZeneca era aquela que se encontrava em estágio mais avançado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

168. Ademais, a produção dessa vacina se mostrava mais compatível com as instalações existentes no parque produtivo da Fiocruz (unidade de Bio-Manguinhos), demandando menores investimentos para adaptação das instalações.

VIII.2. Dos custos associados ao contrato de encomenda tecnológica

169. O art. 29, § 1º, do Decreto 9.283/2018 dispõe que a administração pública poderá utilizar diferentes modalidades de remuneração para compartilhar o risco tecnológico e contornar a dificuldade de estimar os custos de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação.

170. O contrato assinado entre a Fiocruz e o laboratório AstraZeneca prevê a remuneração por preço fixo, a qual, segundo o art. 29, § 3º, do Decreto 9.283/2018, é utilizada quando o risco tecnológico é baixo e em situações nas quais é possível antever, com nível razoável de confiança, os reais custos da encomenda.

171. Assim, a cláusula nona do contrato estabeleceu que o valor da contraprestação devida pela instituição brasileira ao laboratório é de US\$ 188.000.000,00, sendo US\$ 163.000.000,00 para o fornecimento do IFA e US\$ 25.000.000,00 para a transferência do conhecimento preexistente relativo ao escalonamento industrial para a produção da vacina (esses valores são líquidos de impostos, pois estes são de responsabilidade da Fiocruz, de forma que o valor total da contratação é de US\$ 250.666.667,00).

172. Segundo a Fiocruz, a estimativa de custos para a produção do IFA foi realizada com base em premissas e experiência com outros produtos e com informações disponíveis no cenário internacional. A entidade citou as seguintes fontes (peça 166):

– no acordo firmado entre a AstraZeneca e a **Coalition for Epidemic Preparedness** (CEPI) para assegurar 300 milhões de doses da vacina para países de baixa e média renda, o montante divulgado foi de US\$ 750 milhões, ou seja, em torno de US\$ 2,50 a dose;

– no acordo com França, Alemanha, Holanda e Itália no âmbito do **Europe's Inclusive Vaccines Alliance**, foram previstas 300 milhões de doses no valor total de US\$ 843 milhões, ou seja, aproximadamente US\$ 2,80 a dose;

– no acordo firmado com a **Biomedical Advanced Research and Development Authority** dos Estados Unidos foi acordado o fornecimento de 300 milhões de doses no valor total de US\$ 1,20 bilhão ou US\$ 4,00 por dose.

173. Por certo, somente uma análise pormenorizada de cada um desses contratos permitiria uma comparação adequada dos valores praticados em cada avença. Não se sabe, por exemplo, se essas avenças incluem somente o fornecimento do IFA, como no caso do contrato com a Fiocruz, ou da vacina acabada.

174. Entretanto é fato que os valores praticados pelo laboratório AstraZeneca com outras instituições indicam uma faixa de preço de US\$2,50 a US\$ 4,00 por dose de vacina.

175. Assim, como no presente caso o custo unitário da dose encontra-se em US\$ 2,51 (valor total do contrato – US\$ 250 milhões – dividido pelo número de doses a serem fornecidas – 100 milhões), não se vislumbra questionamentos quanto ao preço praticado.

VIII.3 Capacidade de produção de Bio-Manguinhos

176. Bio-Manguinhos é a unidade da Fundação Oswaldo Cruz responsável por pesquisa, inovação, desenvolvimento tecnológico e pela produção de vacinas, reativos e biofármacos voltados para atender prioritariamente às demandas da saúde pública nacional.

177. Para a implementação do processo produtivo da vacina, a unidade estimou em R\$ 542 milhões os recursos para custeio e R\$ 99 milhões os recursos para investimentos (aquisição de equipamentos, e adequação de instalações) (recursos estimados com base numa taxa de dólar à R\$ 5,40) (peça 166, p. 3).

178. Consoante exposto no relatório, Bio-Manguinhos tem capacidade para produzir cerca de 150 milhões de doses de vacinas bacterianas e virais por ano.

179. Questionada quanto à ampliação da capacidade para produção de 40 milhões de doses ao mês da vacina da Covid-19, como anunciado, sem prejudicar as demais ações no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a Fiocruz respondeu que:

“A capacidade mencionada no site está diretamente ligada ao “mix” de produtos que produzimos atualmente. Essa capacidade pode sofrer variações conforme o tipo de vacina (vírus vivo atenuado, inativada, subunidade etc.) ou do biofármaco; apresentação do produto (líquida, liofilizada, quantidade de doses por frasco, tamanho do frasco, vidro ou bisnaga etc.); pelas características específicas do produto (tempo máximo de envasamento após a formulação, tempo de limpeza necessária da linha e das instalações etc.). Esses fatores podem determinar uma variação muito grande na capacidade de produção.” (grifou-se).

180. Complementando, a Fiocruz esclarece que a priorização da vacina contra Covid-19 não afetará suas obrigações no âmbito do PNI, pois não haverá desabastecimento de outros produtos em razão da existência de estoques e da pequena demanda por alguns produtos (v.g. vacina contra febre amarela).

VIII.4. Outras iniciativas de produção de vacinas no Brasil

181. O Instituto Butantan e a Sinovac Life Science assinaram, no dia 30/9/2020, contrato que prevê o fornecimento de 60 milhões de doses da vacina Coronavac e a transferência de tecnologia para a produção da vacina pelo Instituto Butantan.

182. Os estados do Paraná e da Bahia firmaram memorandos de entendimento com o Fundo de Investimento Direto da Rússia para ampliar a cooperação técnica sobre a vacina contra a Covid-19 desenvolvida pelo Instituto Nacional de Pesquisa de Epidemiologia e Microbiologia de Gamaleya.

183. Com o advento da Medida Provisória 1.003/2020, foi autorizado que o governo federal aderisse, por meio de investimentos de R\$ 2,5 bilhões, ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - **Covax Facility**, programa liderado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

184. Esse acordo permitirá ao Brasil o acesso a nove vacinas em desenvolvimento, com a ulterior possibilidade de adquirir vacinas que tenham sua eficácia comprovada (previsão de adquirir 42 milhões de doses suficiente para a cobertura de 10% da população brasileira – 21 milhões de pessoas, considerando duas doses por pessoa).

185. A respeito das múltiplas iniciativas para a busca pela vacina, vale considerar que mesmo que todas sejam bem sucedidas, não está garantida a cobertura vacinal de 100% da população brasileira no curto prazo, pois os números envolvidos, associados à incerteza de doses necessárias para se atingir o efeito imunizante, não permitem essa conclusão.

186. Ademais, em um cenário de incertezas e riscos, a atuação em mais de uma frente permite vislumbrar maiores probabilidades de se ter uma vacina disponível para a população brasileira em curto prazo, mesmo que restrita para determinados setores da população.

187. Assim, acompanho a proposta da unidade técnica para que seja dada a devida transparência às tratativas do Ministério da Saúde para a incorporação dos produtos no Programa Nacional de Imunizações.

188. Outrossim, cabe registrar que, em 15/10/2020, o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde – Conass solicitou ao Ministério da Saúde (Ofício Conass 378/2020) *“a adoção das medidas necessárias e imediatas para incorporação ao Programa Nacional de Imunização – PNI das vacinas para COVID-19 produzidas pelo Instituto Butantan, em parceria com a empresa farmacêutica Sinovac Life Science, assim como a de quaisquer outras vacinas produzidas e testadas por outras indústrias, que possuam condições de eficácia, segurança e produção disponível para iniciar a vacinação da população brasileira no mês de janeiro de 2021, ou no menor espaço temporal possível.”*

189. Trata-se, sem dúvida em matéria de suma importância, cabendo a esta Corte acompanhar a questão sob a ótica da indisponibilidade do interesse público e de acordo com os princípios da legalidade, legitimidade e efetividade.

IX. DADOS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA APRESENTADOS PELOS ENTES FEDERADOS

190. O principal sistema de vigilância em saúde do Brasil é o Sistema de Informações de Agravos e Notificação (Sinan), desenvolvido na década de 1990 com o objetivo de fornecer informações sobre o perfil de morbidade em todo o território nacional.

191. Com o advento da pandemia de Covid-19, foi instituído novo sistema de vigilância, denominado e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica), também chamado e-SUS Notifica (notifica.saude.gov.br) (Portarias GM/MS 758/2020 e 1.792/2020).

192. O sistema possibilita a obtenção de informações detalhadas sobre os pacientes infectados, como idade, sintomas e data de seu início, data de confirmação do diagnóstico, condições preexistentes, unidade em que foi atendido, bem como o endereço de residência do paciente e a evolução do caso.

193. De forma a verificar a fidedignidade dos dados inseridos no sistema, a presente fiscalização buscou comparar a quantidade de casos confirmados de Covid-19 informados pelas Secretarias de Saúde com aqueles registrados no e-SUS VE. No geral, observou-se que:

– oito estados e o Distrito Federal apresentaram índices de alimentação do e-SUS VE inferiores a 90%;

– treze estados apresentaram índices que oscilaram entre 90% a 110%;

– cinco estados apresentaram índices superiores a 110%.

194. Em termos nacionais, na data de extração dos dados, havia 4.382.263 casos de Covid-19 confirmados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e 4.023.115 registrados no sistema e-SUS VE (91,8% dos reportados).

195. Percentuais menores que 100% tendem a indicar subnotificação de casos registrados no subsistema do e-SUS. Já percentuais maiores que 100% podem identificar subnotificação de casos informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde ou possíveis duplicidades de registros no e-SUS VE/Notifica.

196. Dessa forma, acolho a proposta da unidade técnica, para recomendar ao Ministério da Saúde que se articule junto aos conselhos de saúde, responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente (art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990), para realçar a importância de se efetuar o devido registro no sistema e-SUS VE/Notifica.

X. TRANSPARÊNCIA

X.1 Contratações

197. Todas as contratações realizadas com base na Lei 13.979/2020 devem ser disponibilizadas, no prazo máximo de cinco dias úteis, contados da realização do ato, em página oficial específica na internet (art. 4º, § 2º Lei 13.979/2020, com a redação conferida pela Lei 14.023/2020, de 8/7/2020).

198. Ademais, consoante o mencionado dispositivo legal, devem ser também disponibilizadas na internet as seguintes informações:

“I – o ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato;

II – a discriminação do bem adquirido ou do serviço contratado e o local de entrega ou de prestação;

III – o valor global do contrato, as parcelas do objeto, os montantes pagos e o saldo disponível ou bloqueado, caso exista;

IV – as informações sobre eventuais aditivos contratuais;

V – a quantidade entregue em cada unidade da Federação durante a execução do contrato, nas contratações de bens e serviços;

VI – as atas de registros de preços das quais a contratação se origine.”

199. Em consulta às informações disponibilizadas, em 29/9/2020, verificou-se que o Ministério da Saúde e a Fiocruz não inseriram todas as informações exigidas pela Lei 13.979/2020.

200. Assim, acompanho a proposta da unidade técnica no sentido de ser efetuada determinação para que a falha seja sanada.

X.2. Registro da execução de despesas pelos entes subnacionais no Siops

201. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, disponibilizado pela internet, é um instrumento que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

202. O sistema foi instituído pelo art. 39, § 1º, da Lei Complementar 141/2012 – que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

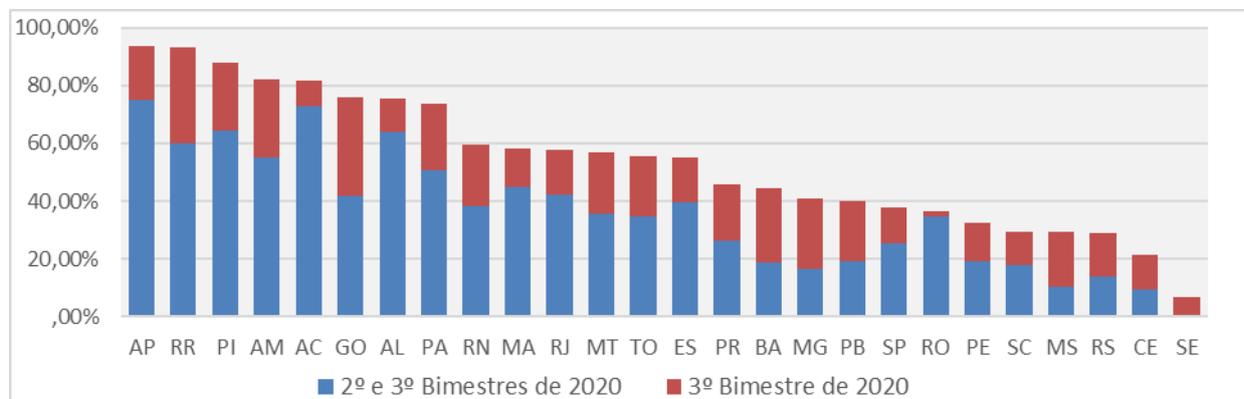
203. Sua manutenção fica a cargo do Departamento de Informática do SUS – Datasus e cada ente federado é responsável por inserir os respectivos dados no sistema, de acordo com os dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais.

204. De acordo com o art. 12 e 15 da Portaria GM/MS 53/2013 do Ministério da Saúde, os entes subnacionais devem transmitir os dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde para o Siops em até trinta dias após o encerramento de cada bimestre.

205. Analisando a tempestividade no preenchimento dos dados, a unidade técnica constatou, em 19/8/2020, que mais de quinze dias após a data limite para a apresentação dos dados, treze dos 27 estados (considerando o DF) e 2.570 dos 5.569 municípios, não os tinham apresentado.

206. Mesmo para dados do segundo bimestre de 2020, que já deveriam ter sido apresentados há mais de dois meses, 1.516 municípios, cinco estados, além do Distrito Federal, não haviam fornecido as informações à época da verificação pela equipe de fiscalização.

207. No que concerne aos municípios, consoante gráfico abaixo, mais de 80% dos situados nos estados do Amapá, Roraima, Piauí, Amazonas e Acre não tinham dados de execução orçamentária para o terceiro bimestre informados até 19/8/2020. Por outro lado, os municípios do estado de Sergipe apresentaram índices elevados de informações sobre execução orçamentária no Siops – todos os municípios apresentaram dados para o segundo bimestre de 2020, e apenas cinco municípios de um total de 75 (6,67%) não tinham apresentado dados do terceiro bimestre.



208. Cabe registrar que o descumprimento das obrigações referentes ao Siops implica a suspensão transferências voluntárias entre os entes da Federação, nos termos art. 39, § 6º, da Lei Complementar 141/2012.

209. Em complemento, o art. 19 da Portaria GM/MS 53/2013 considera esse descumprimento uma presunção de não aplicação dos percentuais mínimos exigidos constitucionalmente em ações e serviços públicos de saúde.

210. Desta feita, acompanho a proposta de determinação ao Ministério da Saúde para que tenha uma postura mais ativa a respeito, quer divulgando os entes subnacionais que não estejam cumprindo a norma quer dando ciência do fato aos tribunais de contas estaduais e aos conselhos de saúde.

211. Considerando que o Siops não apresenta informações em tempo real, concordo com a unidade técnica quando propõe solicitar ao Ministério da Saúde que, em sessenta dias, elabore um plano de ação para o aperfeiçoamento do sistema.

X.3. Painel de leitos

212. Por meio do item 9.3 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, recomendou-se ao Ministério da Saúde que disponibilizasse, em articulação com as demais unidades da federação, no portal Localiza SUS, informações relativas à taxa de ocupação de leitos de enfermaria e de leitos de UTI, de acordo com a sua destinação – para tratamento de Covid-19 e para tratamento das demais enfermidades.

213. Em consulta ao painel de monitoramento (gestaoleitos.saude.gov.br), em 7/9/2020, a unidade técnica afirmou ter sido possível consultar a taxa de ocupação de leitos, de forma que cabe considerar cumprida a recomendação.

X.4. Alterações realizadas nas bases de dados

214. Mediante o item 9.3 do Acórdão 2.092/2020-Plenário, foi solicitado à SecexSaúde que avaliasse a conveniência de recomendar ao Ministério da Saúde que passasse a documentar e tornar públicas todas as alterações realizadas nas bases de dados relativas aos sistemas que tratam das informações relativas à Covid-19, com vistas a facilitar a sincronização e a troca de informações com os demais órgãos públicos de outras esferas de governo.

215. A respeito, existem dois sistemas principais:

– o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica (Sivep), para acompanhar casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), incorporando a vigilância para casos de Covid-19; e

– o e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica)/ Notifica, para o registro dos casos de síndrome gripal suspeitos ou confirmados de Covid-19.

216. Consoante exposto pela unidade técnica, esses dois sistemas possuem dados públicos de dicionários de dados e fichas de notificação, com respectivas datas de criação, datas de atualização dos dados e dos metadados, formato, licença identidade do pacote e de revisão, fluxo de atividades, área responsável, frequência de atualização, cobertura e granularidade, dentre outras variáveis.

217. A unidade técnica, entretanto, bem apontou que o Ministério da Saúde pode aperfeiçoar as ferramentas de documentação da estrutura da base de dados, incorporando, por exemplo, versões antigas de dicionários de dados e os códigos que foram utilizados para sua atualização, de modo a atender as diretrizes constantes do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e

Comunicação (PDTIC) 2019-2021 e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), constante do Anexo XLII da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017.

218. Acolho, então, a proposta de ciência a respeito.

XI. POLÍTICA DE TESTAGEM

219. A Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Ministério da Saúde – CGLAB é responsável por coordenar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), a qual é integrada pelos laboratórios centrais de saúde pública – LACEN, localizados nos 26 estados e no Distrito Federal (peça 171).

220. A coordenação é a responsável pela aquisição e distribuição de insumos laboratoriais estratégicos aos 27 laboratórios centrais, cabendo a estes a distribuição interna em cada Unidade da Federação. Nessa linha,

221. Nessa linha, a coordenação está adquirindo, para posterior distribuição, 24 milhões de testes moleculares de RT-qPCR para detecção de Covid-19, os quais buscam a identificação da presença de fragmentos genéticos do vírus em secreções respiratórias. Além, disso foi iniciado o processo de aquisição de 25 milhões de **swabs** (haste flexível especial) e de 24 milhões de tubos, utilizados para coleta de amostras de material para testes.

222. A previsão é que esses testes sejam realizados até janeiro de 2021, sendo previstos o dispêndio de R\$ 1.900.724.642,67 para a aquisição dos produtos.

223. Acerca da estratégia do programa de testagem, a unidade técnica fez as seguintes considerações *“as informações apresentadas pelo Ministério não permitem vislumbrar como foi definido o quantitativo de testes a ser realizado, quais os objetivos do Ministério com a realização dessa quantidade de testes, se as aquisições de insumos e o prazo de entrega definidos nos contratos são compatíveis com o prazo para realização dos testes, critérios para distribuição dos testes e priorização de Estados e Municípios a serem atendidos.”* (grifou-se).

224. A respeito, verifico, da documentação encaminhada pelo Ministério da Saúde, que as ações de testagem são direcionadas pela demanda dos entes subnacionais. Ou seja, a pasta ministerial age como suporte às demandas regionais, sem que tenha havido um prévio planejamento centralizado. Nesse sentido, assim se manifestou o órgão (peça 156, p. 3):

“A solicitação é encaminhada pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), através do Sistema de Insumos Estratégicos (SIES) (ferramenta WEB para gestão, análise, controle e movimentação dos insumos/kits diagnósticos)

Toda e qualquer movimentação dos insumos utilizados no programa COVID-19 são, obrigatoriamente, realizadas via sistema.

Cada laboratório deve ter cadastrado um responsável por sua operação, bem como deve haver um representante em nível regional, que deve fazer análise, programação e solicitações aos níveis hierárquicos imediatamente superiores.

A autorização dos pedidos no sistema é realizada pelo setor técnico da CGLAB [Ministério da Saúde].”

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

226. Consoante dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD COVID19, de agosto de 2020: *“a Unidade da Federação com o maior percentual de testes realizados foi o Distrito Federal (19,4%), seguida por Piauí (14,4%) e Roraima (12,0%). Por outro lado,*

Pernambuco registrou o menor percentual (5,8%), seguido por Acre (6,0%) e Minas Gerais (6,1%).”

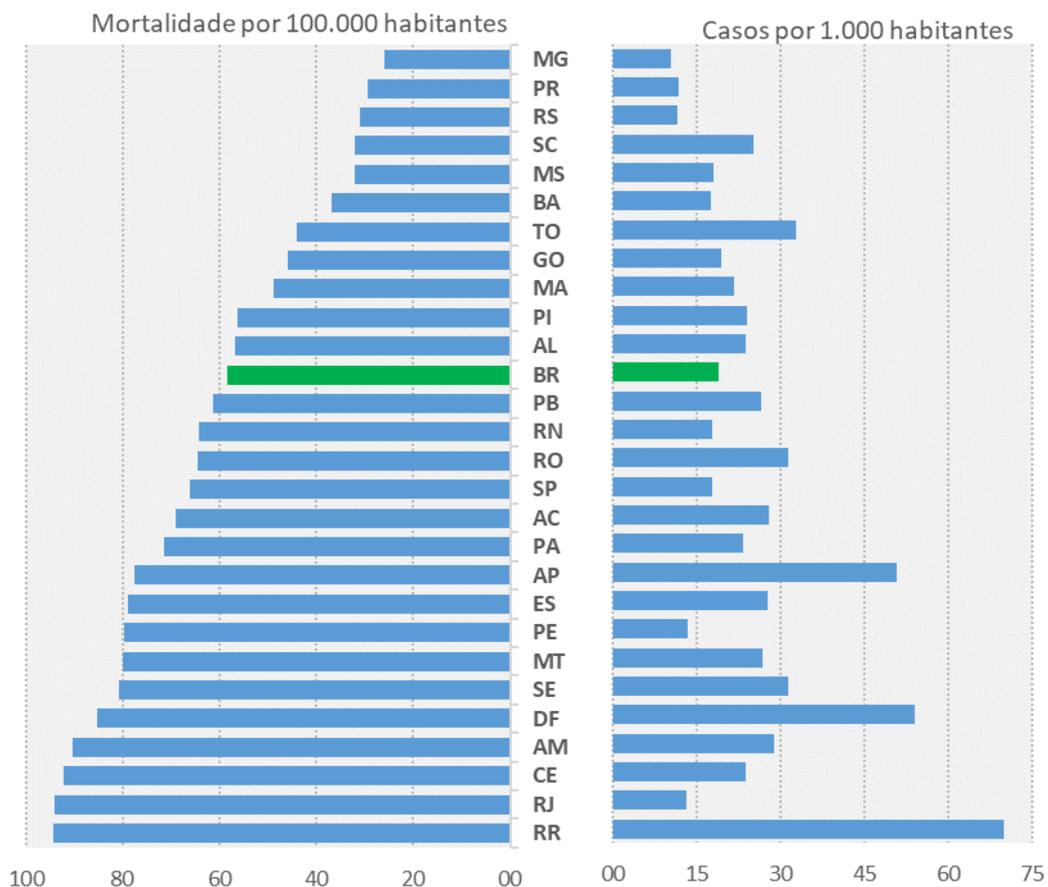
227. Desta feita, entendo pertinente a realização de determinação ao Ministério da Saúde que estabeleça uma política de testagem de forma a dar maior eficiência aos gastos efetuados com tal destinação e permitir um adequado direcionamento dos esforços de contenção da pandemia.

XI.1. Subnotificação por ausência de diagnóstico

228. Um indicador que pode retratar a falta de testagem adequada da população é a comparação entre taxa de mortalidade por Covid-19, em termos populacionais, com as taxas de casos confirmados da doença.

229. É de se esperar que as localidades com maiores taxas de mortalidade tenham mais pessoas infectadas (e por consequência mais casos confirmados). Por dedução, as territorialidades onde a mortalidade é menor tendem a ter menos casos confirmados.

230. Entretanto, consoante o gráfico abaixo, que trata dos estados e do Distrito Federal, essa correlação nem sempre é verificada.



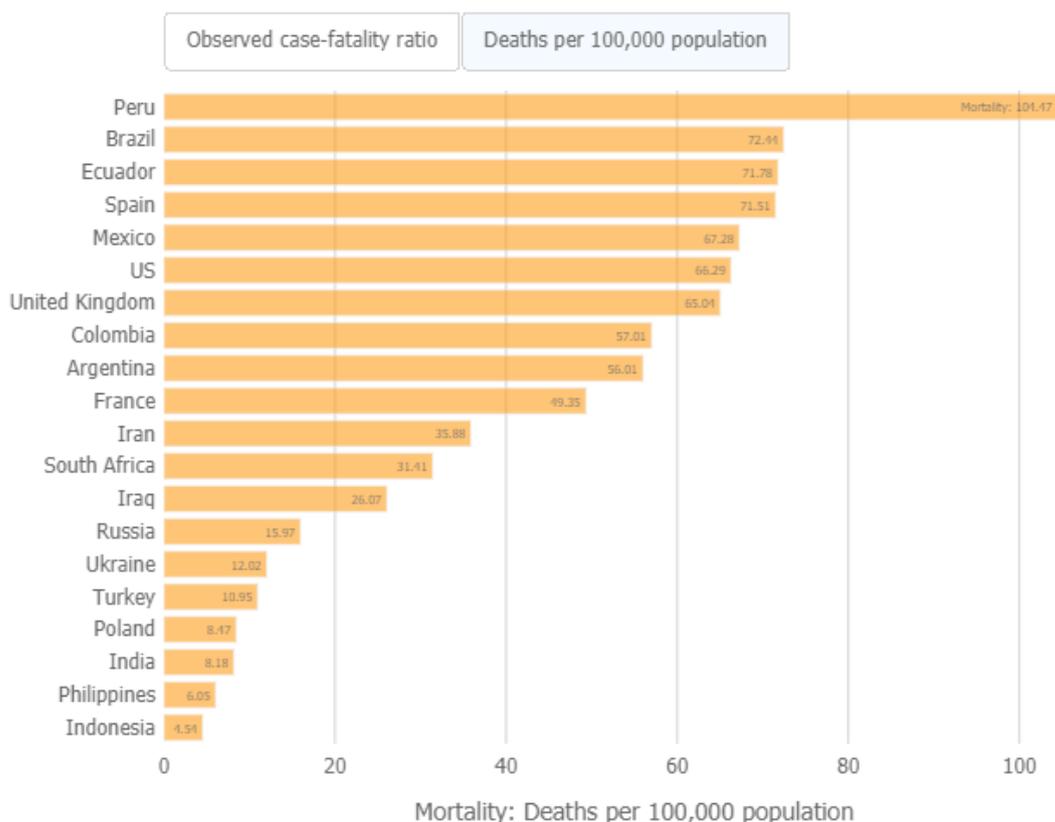
231. O Rio de Janeiro, por exemplo, apresentou a segunda maior taxa de mortalidade por Covid-19, mas tem a quarta menor taxa de casos confirmados. Santa Catarina possui a quarta menor taxa de mortalidade e possui taxa de casos confirmados superior às taxas de quinze outros estados.

232. A capacidade de testagem da população de cada ente da Federação é um fator que claramente explicaria as discrepâncias entre o número de casos confirmados e o de óbitos.

233. De qualquer forma, análises mais aprofundadas sobre essas discrepâncias tendem a ser realizadas em futuros ciclos do acompanhamento.

XII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

234. Desde o primeiro ciclo do acompanhamento, restou claro que a atuação do TCU tem por objetivo contribuir para aprimorar a atuação do Ministério da Saúde neste momento de emergência de saúde pública.
235. Nessa linha, já foram proferidos dois acórdãos com propostas para que as ações realizadas pela pasta ministerial sejam aprimoradas no tocante à legalidade, transparência, eficácia e economicidade.
236. A resposta do Ministério da Saúde em relação a essas propostas vêm sendo positivas. Verifica-se um genuíno esforço da pasta em atendê-las, com destaque para aqueles referentes à governança, transparência, ações orçamentárias e elaboração de estratégias de ação.
237. Não olvido ser difícil a atuação do Ministério da Saúde que deve tentar conciliar ações de curtíssimo prazo (v.g. distribuição de medicamentos em regime de urgência), com outras com resultados de curto ou médio prazo, como, em regra, são aquelas objeto de ação do TCU.
238. Como exemplo de ações com resultados a médio prazo, destaco aquelas referentes à disponibilização da vacina contra a Covid-19. A elaboração de contratos de fornecimento de insumos (IFA) de forma simultânea com as adaptações das instalações da Bio-Manguinhos para a produção da vacina, demonstra a adoção de uma estratégia adequada de planejamento que deverá colocar o Brasil em posição de igualdade com as principais nações do planeta no tocante à distribuição da vacina à população brasileira.
239. Por outro lado, a par de avaliações de conformidade ou governança, é essencial que se analise a eficácia das medidas adotadas.
240. Por se tratar de um evento singular, não há precedentes no País para que deles se possa extrair algum indicador válido para se avaliar os resultados dos procedimentos até então adotados.
241. Contudo, como se trata de um evento global, entendo válido efetuar comparações com outras nações para se avaliar o desenvolvimento da pandemia no Brasil.
242. Ora, o foco das ações de saúde é mitigar os efeitos da doença sobre a população. Para tanto, existem dois indicadores óbvios: o número de contaminados e o número de óbitos (sempre considerando os valores **per capita**, para não incorrer em evidentes erros estatísticos e distorções ao se comparar valores absolutos para nações de dimensões diversas).
243. O número de infectados, entretanto, não é um parâmetro válido de comparação, pois não há uma padronização entre os países acerca da testagem dos indivíduos. Locais com maior eficiência de testagem contabilizarão mais pessoas infectadas do que aqueles que fizerem poucas testagens, sem que isso permita concluir que o primeiro tenha sido mais afetado pela pandemia.
244. No decorrer deste voto, mostrou-se que, mesmo no âmbito inter-regional, há significativas diferenças nas taxas de testagem, demonstrando a dificuldade em se considerar o número de doentes confirmados como parâmetro.
245. Assim, por ser um fator de maior objetividade, a taxa de óbitos acaba por ser um parâmetro válido de comparação.
246. O gráfico abaixo demonstra uma situação altamente desconfortável do Brasil quando comparado com outros países:



Fonte: Johns Hopkins University and Medicine. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>>. Acesso em 15/10/2020.

- (a) dados referentes aos 20 países mais afetados pela Covid-19;
- (b) caso se considere de uma forma geral os países com mais de um milhão de habitantes – tal qual considera o Ministério da Saúde em seus boletins epidemiológicos –, o Brasil ficaria na quarta posição, depois de Peru, Bélgica, e Bolívia)

247. O último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Boletim 33 – Semana Epidemiológica 20 a 26/9/2020), também indica esses números:

“Em relação ao coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de hab.), o mundo apresentou até o dia 26 de setembro de 2020 uma taxa de 127 óbitos/1 milhão de habitantes.

Dentre os países com população acima de 1 milhão de habitantes, o Peru apresentou o maior coeficiente (972/ 1 milhão hab.), seguido pela Bélgica (861/1 milhão hab.), Brasil (673/1 milhão hab.), Bolívia (668/1 milhão hab.) e Espanha (668/1 milhão hab.)” (grifou-se).

248. Ou seja, o Brasil se encontra entre os países que mais sofreram com a doença consoante o levantamento de mortes **per capita**.

249. Por certo, esses dados representam uma fotografia da situação, a qual pode apresentar alterações com o desenrolar da pandemia pelas nações.

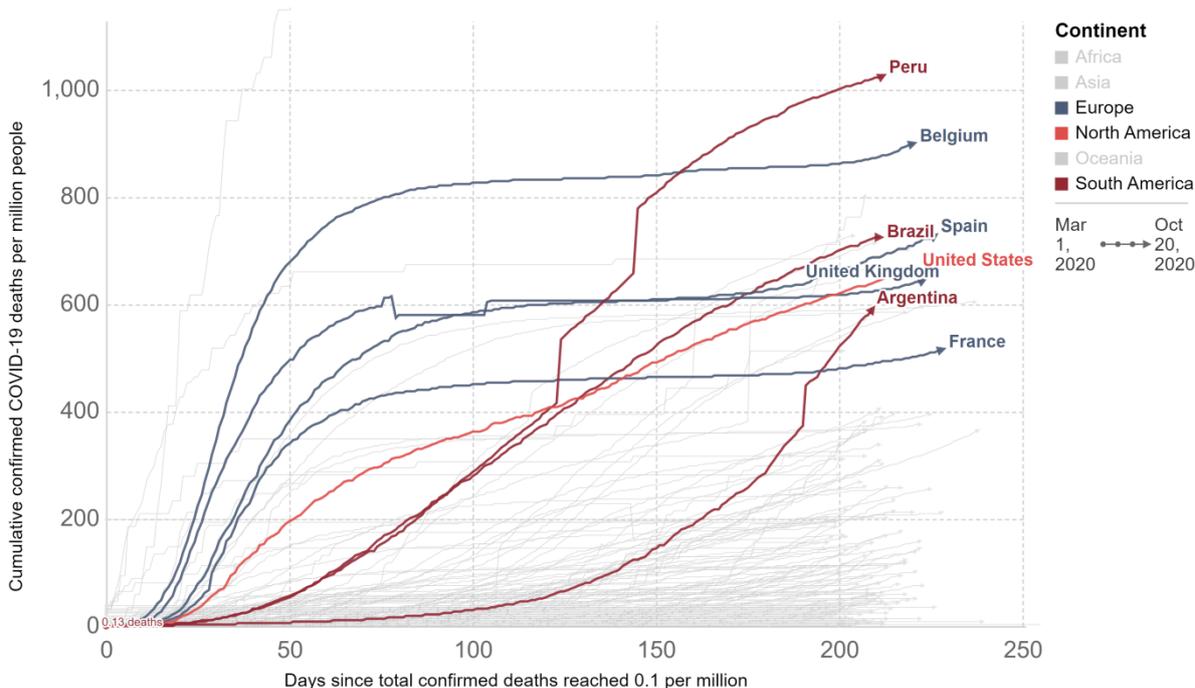
250. Outrossim, cabe destacar que a situação da evolução da doença em cada país repercute fortemente nessas comparações relativas. Países que se apresentam em uma fase mais avançada do desenrolar da pandemia tendem a apresentar números piores do que aqueles em fases iniciais. Somente com o passar do tempo, quando todos os países tiverem passado pela pandemia, poderia ser feita uma avaliação com maior definitividade.

251. Sob esse aspecto, vale observar que o Brasil encontra-se na fase descendente de número de óbitos diários, enquanto outros países vivenciam efeito contrário.

252. Assim, seguindo a tendência temporal do gráfico abaixo, seria de esperar que países como Espanha e Argentina ultrapassem o Brasil em termos de número de óbitos **per capita**.

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 20 October, 10:35 (London time), Our World In Data

CC BY

250. Essa constatação, contudo, não serve para que se deixe de buscar medidas que efetivamente amenizem os efeitos da pandemia, pois a magnitude dos números não permite que se acomode diante da situação. Até porque, em que pese a atual tendência de uma situação mais favorável no Brasil, não se pode destacar o eventual recrudescimento da doença.

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

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

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

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

255. Outro fator apontado no bem elaborado relatório da unidade técnica foi a falta de uma estratégia de planejamento nacional para o enfrentamento da pandemia.

256. A alta discrepância entre a mortalidade **per capita** verificada entre as Unidades da Federação, demonstrada em gráfico anterior, pode ser um efeito da falta de uma estratégia nacional, na medida em que cada ente subnacional passou a adotar ações próprias de enfrentamento.

257. Por certo, muitos fatores podem contribuir para essa discrepância, como a capacidade hospitalar pré-instalada e os diferentes estágios da pandemia em cada Unidade da Federação.

258. De qualquer forma, por possuir dimensões continentais e população em número muitas vezes superior à da maioria dos países, pode-se analisar os Estados da Federação como se países fossem.

259. Consoante informações do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Boletim 33 – Semana Epidemiológica 20 a 26/9/2020), quatro Unidades da Federação, caso fossem países independentes, estariam nas primeiras posições do ranking mundial com os piores índices de morte por cem mil habitantes (próximos ou superiores ao Peru, país de pior posição com 97,2 óbitos por 100.000 pessoas) (excluído Roraima por ter menos de um milhão de habitantes):

- Distrito Federal (105,6 óbitos por 100.000 pessoas);
- Rio de Janeiro (105,7 óbitos por 100.000 pessoas);
- Mato Grosso (96 óbitos por 100.000 pessoas); e
- Amazonas (97 óbitos por 100.000 pessoas).

260. Reforço que essa análise comparativa entre os estados é uma análise estática da situação, reflexo, em parte, do estágio da evolução da pandemia em cada ente subnacional. Contudo, não se pode descartar que a ausência de diretrizes nacionais possa ter contribuído para essas discrepâncias, de forma que reforço a necessidade de ações para enfrentar a questão.

261. É verdade que os números atualizados pelo Ministério da Saúde indicam uma amenização dos impactos da doença com redução do número diário de mortes. Entretanto, há de se considerar que o número ainda é elevado, não se podendo afastar a hipótese de que haja um recrudescimento do número de casos e óbitos em função da flexibilização das medidas de isolamento ocorridas nas diversas Unidades da Federação, como está acontecendo em países do continente europeu.

262. Desta feita, entendo que há tempo hábil para que a adoção das medidas propostas na parte dispositiva do acórdão tenham resultado.

XIII. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

263. Em relação aos encaminhamentos sugeridos para os processos apensados, acompanho o posicionamento da unidade técnica, de acordo com os entendimentos de mérito explanados no presente voto.

264. Por fim, gostaria de enaltecer o trabalho realizado pela SecexSaúde, nas pessoas dos auditores Vivian Campos da Silva, Fábio Dorneles Vieira de Aquino, Guilherme Manrique Ferreira e Anna Carolina Lemos Rosal, do diretor Messias Alves Trindade e do secretário Marcelo Chaves Aragão.

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

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 21 de outubro de 2020.



BENJAMIN ZYMLER
Relator