

VOTO

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

2. Nesta oportunidade, aprecia-se o quinto relatório parcial elaborado pela SecexSaúde, em continuidade aos trabalhos anteriores.

3. O primeiro relatório do acompanhamento apresentou, entre outros assuntos, a metodologia planejada para a execução dos trabalhos e as dificuldades enfrentadas pela equipe para sua execução até aquele momento (Acórdão 1.335/2020).

4. O segundo relatório apresentou análise referente aos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o fim do mês de junho de 2020; a informações relativas às transferências de recursos para os entes subnacionais; às contratações efetuadas; à estrutura de governança montada pelo Ministério para enfrentar a pandemia, ao planejamento de suas ações, à estratégia de comunicação; e à transparência dos contratos e informações atinentes à pandemia (Acórdão 1.888/2020- Plenário).

5. O terceiro relatório tratou da avaliação dos critérios para transferências de recursos para os entes federados; da avaliação quantitativa dos gastos dos entes federativos com saúde; da análise da encomenda tecnológica para a produção no Brasil da vacina da Covid-19, firmada pela Fundação Oswaldo (Fiocruz) com o Laboratório AstraZeneca, e do papel do Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Imunizações; análise da estratégia de testagem de casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus; e da avaliação do cumprimento das deliberações proferidas em razão do julgamento do segundo relatório (Acórdão 2.817/2020).

6. O quarto relatório apresentou um panorama dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o dia 24/11/2020; da execução dos contratos firmados pelo Ministério; da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços; das iniciativas para aquisição de eventuais vacinas contra a Covid-19; e da versão preliminar do Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19, apresentada em 1º/12/2021 (Acórdão 4.049/2020).

7. O quinto relatório de acompanhamento trata em essência:

- a) da governança do Ministério da Saúde no combate à pandemia;
- b) da apresentação dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do MS, consolidados até o dia 15/3/2021;
- c) do panorama da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços e dos saldos bancários das contas correntes dos entes subnacionais para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde;
- d) da política de testagem nacional para os casos de Covid-19;
- e) dos planos estratégicos das medidas de comunicação e de gestão e assistência farmacêutica, elaborados em atendimento aos acórdãos anteriormente proferidos;
- f) das estruturas, cuja implantação e atuação no contexto das Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional, são exigidas legalmente;

- g) das ações e iniciativas do Ministério da Saúde no tocante à identificação de novas variantes do Sars-CoV-2;
 - h) do sistema de registro de vacinação contra a Covid-19; e
 - i) da apresentação de um balanço do primeiro ano da pandemias de Covid-19, por meio da análise de indicadores de saúde.
8. Passo a tratar desses tópicos:

II

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

9. Por meio dos acórdãos que apreciaram o segundo e o terceiro relatórios do acompanhamento, foram emitidas determinações destinadas a aprimorar a governança do Ministério. A análise do cumprimento destas determinações foi objeto do terceiro e do quarto relatório, tendo restado pendente a verificação do cumprimento de determinações relativas à elaboração dos planos estratégicos relacionados à comunicação e à gestão e assistência farmacêutica.

II.1. Comunicação

10. Por meio do Acórdão 2.817/2020-Plenário (subitem 9.1.1), determinou-se ao Ministério:
- a) a elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de comunicação de risco previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional):
 - informar as medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e pela população geral;
 - elaborar, junto com a área técnica, materiais informativos/educativos sobre o novo coronavírus e distribuí-los para a população, profissionais de saúde, jornalistas e formadores de opinião; e
 - disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação.
11. Em cumprimento a essa determinação, o Ministério informou que elaborou plano de ação para as ações de comunicação do Plano de Contingência Nacional. Entretanto, não apresentou evidências de sua execução.
12. Como bem salientou a unidade técnica, a comunicação é uma das vertentes da vigilância epidemiológica, definida como um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (grifou-se) (art. 6º, § 2º, da Lei 8.080/1990).
13. Ora, a gravidade da situação atual da pandemia, refletida em indicadores, tal qual número de óbitos e de taxas de ocupação de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) e de contaminação, exige um conjunto diversificado de ações de comunicação que atinjam toda a população brasileira para a divulgação de medidas não farmacológicas de eficácia comprovada, como, por exemplo, etiqueta respiratória, higienização frequente de mãos, uso de máscaras, regras de distanciamento social, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados.
14. Nessa linha, a Fiocruz, mediante o Boletim Extraordinário do Observatório Covid-19, de 2/3/2021, recomendou a implementação imediata de “planos e campanhas de comunicação com o objetivo de esclarecer a população e reforçar a importância das medidas de prevenção e vacinação”.
15. A importância da estratégia de comunicação é reforçada quando se percebe ser fato público e

notório que significativa parcela da população não compreendeu plenamente a necessidade da adoção de medidas preventivas, como o seguimento de regras de distanciamento social.

16. A disseminação de notícias falsas é outro fator que acaba por estimular comportamentos inadequados sob o ponto de vista sanitário. Nesse aspecto, estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) ressalta que uma adequada política de comunicação “*é especialmente relevante em função da ampla circulação de informações falsas por mídias sociais, sobretudo ao considerar como a estrutura destas favorece a formação de câmara de eco, que leva a que informações falsas sejam frequentemente percebidas como verdadeiras em função de sua ampla repetição*” (Van den Broucke, 2020, **apud**, Nota Técnica – 31 – Ipea – Dinte, p. 16).

17. Ainda segundo esse estudo, uma adequada estratégia de comunicação deveria considerar:

*“apresentar à população modelos mentais de como a transmissão ocorre; realizar campanhas baseadas na identidade das pessoas e estimulá-las a darem **feedback** para outras; induzir um estado emocional que leve as pessoas a aderirem ao distanciamento; mostrar como comportamentos de risco podem ser substituídos por outros; e demonstrar como o comportamento desejado pode ser facilmente adotado”* (grifou-se).

18. Entretanto, não se vislumbra que ações da espécie estejam sendo realizadas, de acordo com as seguintes ponderações da unidade técnica:

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

19. Assim, entendo justificada a expedição de determinação ao Ministério da Saúde para que as execute as necessárias ações de comunicação:

“9.1.1.1. execute plano de comunicação, articulado com os entes subnacionais, com o intuito de esclarecer toda a população realçando a importância das medidas de prevenção e vacinação, tais como, combate a notícias falsas e a divulgação de medidas não farmacológicas de eficácia comprovada, como etiqueta respiratória, higienização frequente de mãos, uso de máscaras, regras de distanciamento social, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados;”

20. Tal determinação é fundamentada no parágrafo único do art. 16 da Lei 8.080/1990:

“A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional” (grifou-se).

21. Ademais, conforme o art. 10, § 1º, incisos II e IV, do Decreto 7.616/2011, compete ao Ministro da Saúde divulgar à população informações relativas à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do Sistema Único de Saúde.

22. Deixo de acompanhar a determinação proposta pela unidade técnica para que ocorra a retomada da realização de entrevistas coletivas, pois entendo que essa é uma ação sujeita ao juízo discricionário dos gestores.

23. O Ministério da Saúde informou que, em 2020, foram gastos aproximadamente R\$ 228 milhões com ações de comunicação do órgão em relação à Covid-19 e, em 2021, até a data da reunião, tinham sido cerca de R\$ 63 milhões.

24. Entretanto, consoante divulgações na mídia, foram gastos R\$ 88 milhões pelo Ministério da Saúde com “*propagandas exaltando o agronegócio e a retomada das atividades comerciais*” além de gastos com mera propaganda institucional” (notícias de distribuição de insumos etc.) (<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/pazuello-gasta-r-88-mi-em-propagandas-de-covid-19-que-ignoram-prevencao-e-exaltam-o-agro.shtml>, acesso em 13/4/2021).

25. Também constam na mídia gastos com aplicativo para indicar remédios não comprovados cientificamente (<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,aplicativo-de-pazuello-indica-cloroquina-e-antibiotico-para-nausea-e-diarreia,70003587735>, acesso em 10/4/2021).

26. Tal conduta, além de potencialmente caracterizar uma omissão da pasta ministerial no tocante à realização de ações de comunicação pertinentes ao enfrentamento da pandemia, indica um possível desvio de finalidade na aplicação de recursos. Assim, entendo pertinente a formação de um processo apartado para averiguar a economicidade, legitimidade, eficácia e a efetividade dos gastos do Ministério da Saúde com comunicação.

II.2. Assistência farmacêutica

27. Por meio dos acompanhamentos anteriores, foi determinada ao Ministério da Saúde a elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus (nível de resposta Espin):

“Acórdão 2.817/2020-Plenário:

9.1.2. nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, elabore plano estratégico detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional):

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

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

9.1.2.3. monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual;

9.1.2.4 rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação a demanda; e

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

28. A respeito, o Ministério da Saúde encaminhou o novo Plano de Contingência, sendo que as alterações das ações implicaram exclusões de responsabilidades do Ministério relacionadas ao monitoramento do estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e ao controle, monitoramento, distribuição e remanejamento dos medicamentos essenciais ao enfrentamento da pandemia.

29. Por exemplo, a ação “garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19)” foi alterada para “subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção”.

30. Já a ação “garantir estoque estratégico de medicamentos” foi alterada para “apoiar nos processos de aquisição não programada de medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com Covid-19”.

31. A ação “monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual” foi alterada para

“monitorar o estoque central dos medicamentos, adquiridos de forma centralizada pelo Ministério”. Em suma, as alterações realizadas nas ações relativas à assistência farmacêutica representaram, em relação ao Plano de Contingência anterior, uma redução no escopo das atividades de gestão logística do Ministério da Saúde na atual crise, restringindo as atribuições apenas aos medicamentos adquiridos centralizadamente.

32. A ação “*rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda*” foi alterada para “*elaborar as pautas de distribuição e remanejamentos dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da assistência farmacêutica*”.

33. Ora, esperava-se com o detalhamento do Plano a viabilização de medidas de suma importância para o combate à pandemia. Entretanto, pelo reverso, a pasta ministerial optou por se exonerar em grande parte da realização dessas medidas.

34. A modificação do plano representou a exclusão de competências do Ministério da Saúde, em aparente contrariedade ao disposto no já mencionado art. 16 da Lei 8.080/1990:

“Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: ...

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional” (grifou-se).

35. Ao contrário do exposto pela unidade técnica, não vislumbro aqui o descumprimento de determinações elaboradas pelo TCU, pois o Ministério da Saúde não as ignorou e buscou atendê-las da forma que entendeu pertinente. O fato de não se concordar com o seu conteúdo pode configurar outra infração, que não essa apontada.

36. A Nota Técnica 68, de abril de 2020, da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea, que tem por objetivo documentar as principais medidas de saúde pública adotadas ao redor do mundo a fim de controlar a disseminação do coronavírus e seus impactos, chama atenção para o fato de que não existe uma fórmula a ser seguida para o enfrentamento de pandemias, mas que os países com melhores resultados no controle do Sars-CoV-2 compartilham, ao menos, uma característica em comum, citam-se duas: a adoção, de modo tempestivo, de medidas planejadas e coordenadas centralmente para o controle da disseminação do vírus, além da preparação do sistema de saúde para cuidar adequadamente das pessoas infectadas.

37. O que se verifica, entretanto, é que as autoridades do Ministério da Saúde não estão assim agindo, faltando com seu poder-dever de atuar adequadamente para o enfrentamento da pandemia, estabelecido também no art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011:

“§ 1º São atribuições do representante do Ministério da Saúde designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a ESPIN, nos termos do inciso III do caput do art. 10:

I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;

...

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN;” (grifou-se).

38. Também não aparenta estar sendo cumprido o disposto no art. 35, inciso III, do Anexo I do Decreto 9.795/2019), o qual caber ao Ministério da Saúde:

“III - coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando:

a) for superada a capacidade de execução dos Estados e do Distrito Federal;

b) houver o envolvimento de mais de um Estado e do Distrito Federal; ou

c) houver riscos de disseminação em âmbito nacional;” (grifou-se).

39. Nessa seara, a unidade técnica apontou que: *“não é possível concluir que o MS possui planejamento estratégico para gestão da assistência farmacêutica, a fim de garantir e monitorar estoque estratégico de insumos para testagem e para garantir, monitorar, distribuir, controlar e remanejar medicamentos a fim de mitigar os impactos de faltas nos serviços de saúde públicos brasileiros durante a pandemia do novo coronavírus” (grifou-se)*

40. Assim, entendo pertinente a autuação de processo apartado para a apuração de eventual omissão dos gestores e definição de responsabilidades, com o devido contraditório.

41. Acolho também a realização da determinação proposta pela unidade técnica para que a falha/irregularidade, seja sanada, incluindo a definição de diretrizes e medidas que nortearão o combate à pandemia da Covid-19:

“elabore e execute, em articulação com os entes subnacionais, plano detalhado para a viabilização, em especial, das seguintes medidas de assistência farmacêutica: garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus; garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes;”

II.3. Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 (COE Covid-19)

42. Mediante o Decreto 7.616/2011, art. 10, foram definidas as atribuições do representante do Ministério da Saúde para a atuação nas condições de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN.

43. Dentre essas atribuições, encontra-se a de:

“Art. 10 ...

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde: ...

c) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;

d) 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;”

44. Esse representante do Ministério da Saúde foi estabelecido de acordo com o art. 2º da Portaria 188/2020 do Ministério da Saúde, o qual instituiu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.

45. O art. 3º dessa norma, com a redação conferida pela Portaria 3.190/2020, estabeleceu as competências do centro de operações, não incluindo as atividades mencionadas anteriormente (aquisição e requisição de bens e serviços), estabelecidas pelo Decreto 7.616/2011.

46. A portaria não poderia dispor de forma diferente do decreto acerca das atribuições do COE-nCoV, de forma que acompanho a proposta da unidade técnica para que tal ocorrência seja sanada:

“nos termos do art. 10, inciso V, alíneas “c” e “d, do Decreto 7.616/2011, adequa as competências do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV);”

III. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

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

48. 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.

49. Conforme dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente, em 2020, havia uma dotação orçamentária de aproximadamente R\$ 604,7 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.

50. No tocante às ações diretas de combate à Covid-19, foi criada ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da administração pública federal para a qual constou, em 2020, a dotação de R\$ 69,88 bilhões, dos quais R\$ 63,74 bilhões alocados ao Ministério da Saúde, tendo sido, contudo, empenhado, naquele ano, o valor total de R\$ 41,75 bilhões.

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

- R\$ 29,1 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, especialmente a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (R\$ 3,2 bilhões);
- R\$ 9,9 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde; e
- R\$ 23,3 bilhões para transferência aos fundos municipais.

52. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente (novembro de 2020), relevante aumento na dotação para aplicação direta, em virtude da publicação da MP 1.015/2020, no valor de R\$ 20 bilhões para aquisição de vacinas.



53. Em 2021, conforme transposição de recursos da lei orçamentária anterior, a ação 21C0 possui

dotação de R\$ 21,75 bilhões. Desse valor, R\$ 19,9 bilhões estão reservados para despesas relativas à vacinação. Ou seja, o Ministério da Saúde dispõe de pequena margem orçamentária para os mais diversos gastos para o combate à Covid-19, o que se mostra preocupante nesse cenário de recrudescimento da pandemia.

III.1. Execução orçamentária

54. Em relação aos ciclos anteriores, houve, em 2021, a emissão de empenhos de alta materialidade do Ministério da Saúde para a aquisição das vacinas produzidas pelo Instituto Butantan (Coronavac), Bharat Biotech (Covaxin), Instituto Gamaleya (Sputnik V), Pfizer e Janssen, totalizando empenhos da ordem de R\$ 15,9 bilhões para aquisição de 268 milhões de doses de imunizantes.

55. No segundo relatório do acompanhamento, foram realizados apontamentos iniciais sobre a baixa execução dos recursos a cargo do Ministério da Saúde. Essa situação se reverteu, consoante se observa na tabela em que se comparam os dados constantes do primeiro relatório (25/6/2020) com informações mais atuais (quarto relatório – 31/12/2020 – e quinto relatório – 16/3/2021)

Aplicações Diretas (90)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	11.407.109.967,92	2.886.878.898,37	25,31%	1.394.038.280,07	12,22%	
31/12/2020	29.095.475.388,34	7.085.531.188,31	24,35%	5.825.268.365,79	20,02%	1.069.001.355,96
16/03/2021	20.058.396.368,93	16.071.869.926,94	80,12%	926.752.022,56	4,62%	

Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo (31)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	9.992.269.042,01	4.057.646.123,25	40,61%	3.943.131.282,34	39,46%	
31/12/2020	9.882.945.131,23	9.859.093.716,23	99,75%	8.985.371.762,32	90,91%	143.491.945,23

Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41)						
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)	Inscrito em Restos a Pagar (R\$)
25/6/2020	16.874.453.109,47	5.791.278.867,06	34,32%	5.707.188.966,55	33,82%	
31/12/2020	23.310.205.243,54	23.275.283.668,78	99,85%	23.087.663.558,39	99,04%	182.846.158,39

III.2

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

57. A ausência de recursos específicos para o combate à pandemia pode ser explicada pelo momento de elaboração do PLOA 2021, quando o Brasil estava em curva descendente do número de casos e mortes decorrentes da Covid-19.

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

“Art. 65. Na hipótese de a Lei Orçamentária de 2021 não ser publicada até 31 de dezembro de 2020, a programação constante do Projeto de Lei Orçamentária de 2021 poderá ser executada para o atendimento de:

...

IV - dotações destinadas à aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, classificadas com o identificador de uso 6 (IU 6);”

59. Tendo em vista que todas as despesas do Ministério da Saúde para combate à Covid-19 estão incluídas no identificador de uso 6, a não aprovação da Lei Orçamentária de 2021 não é um óbice para a execução das despesas para tal fim.

60. Entretanto, em que pese a alteração da realidade fática entre a atual e aquela da elaboração do orçamento anual, não houve solicitação por parte do Poder Executivo para a adequação do orçamento (seria possível que a Presidência da República enviasse mensagem ao Congresso Nacional solicitando alterações no projeto de lei orçamentária, de modo a adequá-lo à real situação do País).

61. Possivelmente, como bem salientou a unidade técnica, a razão para tanto é que o Ministério da Saúde vem atuando de forma reativa e não planejada. A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e nunca conseguiu acesso a planos ou documentos afins que identifiquem e formalizem claramente a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização pelo Ministério da Saúde.

62. Rememoro que, conforme o art. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2021, compete ao Ministério da Saúde, por meio do seu representante, o planejamento das medidas a serem empregadas durante a Espin, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

63. Desta forma, acolho a proposta de determinação efetuada pela unidade técnica a respeito da matéria:

“em atenção ao disposto nos arts. 10, § 1º, inciso I, do Decreto 7.616/2011 e 16 da Lei 8.080/1990, elabore planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas, contendo, no mínimo, o tipo de despesa (medicamentos, leitos de UTI, insumos, remuneração de profissionais), para o enfrentamento da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, no ano de 2021;”

IV. EXECUÇÃO DAS DESPESAS PELOS ENTES SUBNACIONAIS

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

65. Neste ciclo de acompanhamento, priorizou-se a consulta dos saldos das contas dos entes subnacionais.

66. Em 28/2/2021, os entes subnacionais tinham saldos de R\$ 25,98 bilhões, em face das transferências recebidas do Fundo Nacional de Saúde em 2020 e 2021, que totalizou o montante de R\$ 134,94 bilhões, referentes aos recursos do orçamento regular da saúde e aos recursos específicos para o combate à Covid-19.

67. Isso indica que remanesciam nas contas dos entes cerca de 19,3% do total de recursos recebidos

do orçamento geral e para combate à pandemia. Esse percentual de recursos é inferior ao registrado no terceiro ciclo do presente acompanhamento (31,2%, com dados de 19/8/2020).

68. Não obstante, os saldos remanescentes ainda são relevantes, correspondendo a cerca de 78,1% do que os entes receberam para a pandemia de Covid-19 (R\$ 33,25 bilhões).

69. Há de se destacar que o fato de haver recursos parados nas contas correntes não é necessariamente algo negativo, podendo significar que parte desses recursos em caixa esteja em processo de execução, nos estágios empenho ou liquidação, bem como esteja comprometido em decorrência de inscrição em restos a pagar. Ou até mesmo podem constituir uma reserva estratégica para o enfrentamento de situações imprevistas.

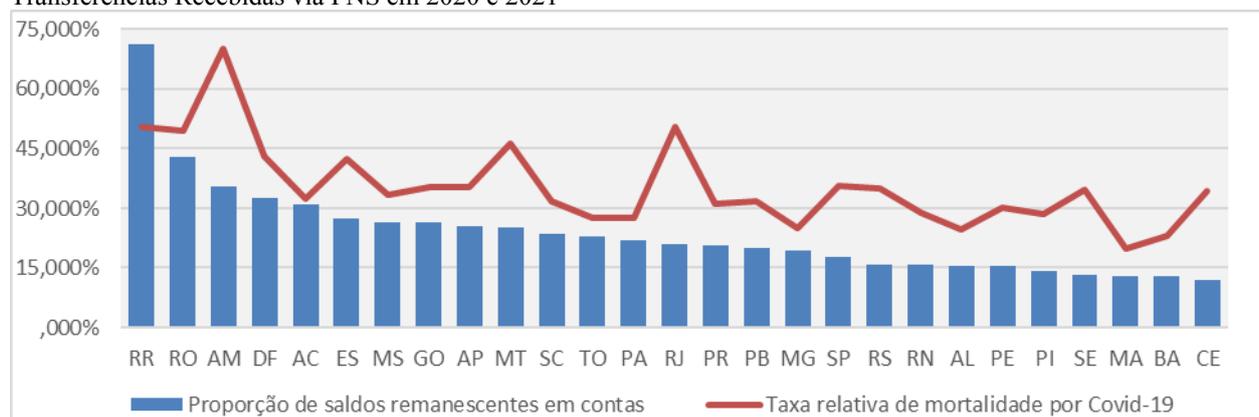
70. Contudo, é um indicativo de que algumas localidades podem estar com mais dificuldades de executar seus recursos.

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

72. Comparando-se os saldos em contas correntes com as taxas de mortalidade por Covid-19 em 17/3/2020, observa-se que as unidades da federação com maior proporção de recursos parados tiveram uma maior taxa média de mortalidade, de 17,3 por 10.000 habitantes, ao passo que, nas dez com menor proporção, essa mesma taxa foi de 11,7.

73. Para propiciar uma melhor visualização, o gráfico abaixo apresenta a taxa de mortalidade de modo relativo, em que a maior taxa (27,7395, do Amazonas) correspondeu a 70%, e todas as demais foram calculadas em relação a essa.

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



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

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

74. Foram analisados os processos de contratação informados pelo Ministério da Saúde após a elaboração do quarto relatório deste acompanhamento:

Processo	Fornecedor	Item	Quantidade	Valor
25000.015844/2020-38	Aura Pharma Importação e Exportação	Máscaras Cirúrgicas	20.000.000	R\$ 41,600,000
25000.002031/2021-69	Fundação Butantan	Vacinas	46.000.000	R\$ 2,677,200,000
25000.138213/2020-96	Ainda não Contratado	Kits para Extração de RNA	6.120.000	R\$ 68,850,000
25000.006461/2021-50	Ainda não Contratado	Máscaras	78.144.000	R\$ 35,164,800,00
25000.124895/2020-50	Ainda não Contratado	Seringas e Agulhas	290.000.000	R\$ 60,844,000,00

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

75. Destaco as informações relevantes referentes a essa contratação.

V.1. Vacinas do Instituto Butantan

76. Depois da publicação do extrato de dispensa de licitação para a aquisição de 46 milhões de doses, foi assinado, em 7/1/2021, o Contrato 5/2021 (custo unitário da dose: R\$ 58,20).

77. De acordo com o disposto na Lei 14.124/2021, em seu artigo 5º, foi efetuada a seguinte matriz de alocação de risco entre o contratante e o contratado:

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

78. Em análise à essa matriz, a unidade técnica entendeu que “*seu conteúdo não atende, em sua totalidade, ao disposto no art. 5º, caput, da Lei 14.124/2021, uma vez que o processo de gestão de riscos envolve diversas fases: estabelecimento do contexto, identificação, análise, avaliação e tratamento de riscos. Esta última com a previsão do estabelecimento de medidas mitigadoras*”.

V.2. Kits para a extração de RNA

79. Em relação à aquisição de kits para extração de RNA para a realização de testes RT-qPCR para diagnóstico molecular de infecção por Covid-19 (processo SEI 25000.138213/2020-96), tem-se que o processo iniciou em 7/11/2020 e possui abertura de propostas prevista para o dia 27/4/2021. Assim, entendo que cabe à unidade técnica acompanhar os desdobramentos dessa contratação, bem como as causas da demora do desenrolar do processo licitatório.

V.3. Seringas e Agulhas

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

81. Com o intuito de aumentar a competitividade, no pregão seguinte (15/2021), o MS decidiu adquirir não os conjuntos, mas sim os itens agulhas e seringas separadamente e somente para a campanha de vacinação contra a Covid-19, alterando-se a quantidade para 290 milhões de agulhas e de seringas, justificada pela existência de aquisições em curso pelos estados.

82. Consoante informações da um unidade técnica, representantes do Ministério da Saúde afirmaram

que, considerando os pregões realizados, aquisição via Organização Panamericana de Saúde e doação de empresas privadas, a Pasta receberá 390 milhões de seringas e agulhas, e, com o estoque do MS de 13 milhões de itens, o risco da falta dos insumos para a campanha de vacinação contra a Covid-19 foi mitigado.

83. Foi observado que não ter sido adequadamente justificada o quantitativo da aquisição, de forma a justificar a realização de ciência ao órgão do fato nos seguintes termos:

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

VI. POLÍTICA DE TESTAGEM

84. Por meio do subitem 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020-Plenário, determinou-se ao Ministério da Saúde a elaboração de política de testagem da Covid-19, estabelecendo, em especial, a quantidade de testes a serem adquiridos, o público alvo, o prazo para o atendimento, a frequência dos testes a serem aplicados aos integrantes do público alvo e os critérios para distribuição de testes entre os entes subnacionais.

85. Tal deliberação foi baseada no seguinte trecho do voto condutor dessa decisão:

“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.” (grifou-se).

86. A respeito, o Ministério afirmou, acerca das medidas adotadas, que *“não existem dados históricos referentes ao vírus Sars-CoV-2, causador da Covid-19. Ademais, o conhecimento a respeito da patogenia, gravidade, manejo clínico, validade e acurácia dos testes diagnósticos, foram sendo construídos simultaneamente à progressão da pandemia e ainda estão sendo desenvolvidos. Esses aspectos são fundamentais para a definição de estratégias de testagem, como público alvo, frequência de testes e teste mais indicado.”*

87. No decorrer da fiscalização ora em análise, a equipe de auditoria solicitou do Ministério da Saúde a estratégia ou o programa de testagem dos casos suspeitos de Covid-19, incluindo:

- a) informações como estruturação de centrais de diagnóstico;
- b) logística de distribuição dos testes e insumos adquiridos;
- c) ações de treinamento e capacitação;
- d) prazos para execução das ações;
- e) instâncias responsáveis e critérios para distribuição dos testes para os entes subnacionais;
- f) prazo para realização dos 24 milhões de testes RT-qPCR estimados;
- g) meta e prazos para realização dos testes sorológicos estimados; capacidade diária de testagem; prazo para obtenção dos resultados;

- h) critérios para definição da meta de testagem; e
- i) população alvo da política de testagem e critérios para sua definição.

88. De forma resumida, o órgão informou que:

- a) *“o objetivo seria a realização de 24 milhões de testes de RT-qPCR até janeiro de 2021;*
- b) *deu início ao processo de aquisição de 25 milhões de swabs e de 24 milhões de tubos, utilizados para coleta de amostras de material para testes;*
- c) *realizou ações realizadas com o objetivo de ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial da Covid-19, entre as quais:*
 - *repassa aos Estados de R\$ 120.000.000,00 para aquisição de equipamentos para os Laboratórios Centrais;*
 - *compartilhamento temporário de insumos e equipamentos de extração RNA da Rede de Carga Viral de HIV nos Lacens e de mais 55 laboratórios da rede descentralizada;*
 - *implementação de Centrais de Diagnóstico e parcerias com laboratórios públicos e privados;*
- d) *apresentou tabelas das ações, aquisições de insumos, testes, descentralização de recursos, para realização de testes para diagnóstico da Covid-19, que totalizariam R\$ 1.900.724.642,62, e da distribuição aos Estados de kits de amplificação, coleta, extração, apresentando o quantitativo de testes realizados por Estado;” e*
- e) deveriam ser testadas pessoas doentes com quadros leves, moderados ou graves, na fase aguda da doença, atendidas nos serviços gerais do SUS; e que outros serviços de saúde (v.g. unidade básica de saúde, unidade básica de saúde indígena, unidade de pronto-atendimento 24h) devem coletar material para testes, conforme capacidade local, priorizando pacientes com determinadas características (v.g. trabalhadores de serviços de saúde e segurança).

VI.1

89. Como comparação com essas ações, a unidade técnica trouxe algumas referências bibliográficas e experiências internacionais sobre o tema:

- a) de acordo com o Testing Toolkit – iniciativa do Center for Health Security da Johns Hopkins University, os testes da Covid-19, embora estejam evoluindo à medida que aumenta a compreensão do Sars-CoV-2, são importantes para identificar em quais comunidades o vírus está se espalhando, quem tem o vírus e como ele está se espalhando e são igualmente cruciais para informar a boa tomada de decisões de saúde pública durante a pandemia (<https://www.centerforhealthsecurity.org/covid-19TestingToolkit/>);
- b) o Diretor Geral da OMS, em declaração de março de 2020, afirmou que a estratégia de teste e rastreamento deveria ser a espinha dorsal da resposta à pandemia em todos os países e que, para suprimir e controlar a pandemia, os países deveriam isolar, testar e rastrear o maior número possível de casos (<https://forbes.com.br/colunas/2020/03/oms-afirma-que-testes-devem-ser-espinha-dorsal-da-resposta-ao-coronavirus/>);
- c) o Banco Mundial, no relatório *“Covid-19 no Brasil: impactos e respostas de políticas públicas”*, elaborado com base em dados e políticas adotadas ou anunciadas até 25/6/2020, elencou, dentre as possíveis medidas de combate à pandemia, a expansão da capacidade de testagem, bem como sua estratégia, com foco na identificação de bolsões de transmissão (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/106541594362022984/pdf/COVID-19-in-Brazil-Impacts-and-Policy-Responses.pdf>);

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

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

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

90. A respeito, a SecexSaúde destaca que *“surpreende que o Brasil tenha implantado como estratégia esperar que os cidadãos com sintomas procurem os serviços de saúde e realizem um teste de detecção da doença, sem estabelecer qualquer meta, ação ou objetivo de acordo com os resultados. Mais surpreendente ainda é o fato de que, em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde tinha 6.887.500 testes em estoque, cujo prazo de validade expiraria entre dezembro/2020 e março/2021, se não fosse a extensão do prazo de validade deles por meio de Resolução da Anvisa (a não utilização desses testes é objeto dos TCS 044.541/2020-1 e 008.618/2021-6).”*

91. Apontou-se, ainda, que o Ministério da Saúde possui um saldo de 7.651.416 testes a receber de Bio-Manguinhos e poderia utilizá-los, bem como os testes adquiridos via Organização Panamericana de Saúde, que estavam estocados, e a capacidade de produção do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Ou seja, a pasta poderia conduzir uma ampla campanha de testagem na população, identificando focos de contaminação, atividades e lugares com maior risco de contaminação, o que poderia ter auxiliado o país a evitar o recrudescimento da pandemia em 2021.

92. Por meio do Acórdão 4.049/2020-Plenário, já havia sido recomendado ao órgão que *“avaliasse a conveniência e a oportunidade de desenvolver ferramentas interativas dos casos confirmados de Covid-19 em todo o território nacional, a partir de dados dos sistemas de notificação do Ministério da Saúde, com a respectiva evolução dos pacientes, de modo a tornar públicas aos gestores locais de saúde e à população em geral as regiões mais afetadas pela pandemia.”*

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

94. Diante dessas constatações, a SecexSaúde concluiu que *“a distribuição dos testes aos Estados, Municípios e DF não obedece a nenhum critério ou tampouco está vinculada a qualquer estratégia, sendo realizada de acordo com a demanda.”*

95. Diante disso, acolho a proposta de determinação a respeito:

“elabore e implemente política nacional de testagem da Covid-19, estabelecendo, em especial, quantidade de testes e insumos para testes a serem adquiridos, público-alvo, prazo para o atendimento, frequência dos testes a serem aplicados aos integrantes do público-alvo, formas de

divulgação dos resultados para a população, periodicidade da revisão do plano ou o estabelecimento de gatilhos, vinculados à evolução da pandemia, que justifiquem a revisão das metas, vinculação do plano a uma estratégia nacional de rastreamento de contatos e/ou identificação e proteção de categorias de trabalhadores mais sujeitos à exposição e transmissão do Sars-CoV-2;”

96. Foi proposta, ainda, a aplicação de sanções aos gestores por terem descumprido o subitem 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020-Plenário. Entretanto, observo que a resposta à determinação foi efetuada; o que se discorda é da frágil, senão inexistente, política nacional de testagem.

97. Neste caso, tal qual em relação à questão da política de comunicação, entendo pertinente a constituição de processo apartado para ser verificada a eventual conduta omissiva dos gestores acerca da política de testagem para o enfrentamento da pandemia.

VII. VACINAS

98. Até o presente momento, o governo federal adotou as seguintes estratégias principais para viabilizar o fornecimento de vacinas à população.

99. A primeira foi a encomenda tecnológica firmada entre a Fiocruz e o Laboratório AstraZeneca para transferência de tecnologia de produção do processamento final, fornecimento de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) para a produção de 100,4 milhões de doses e compromisso da assinatura do contrato de transferência de tecnologia do IFA.

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

101. A terceira trata de dois contratos com o Instituto Butantan para o fornecimento de um total de 100 milhões de doses da vacina contra a Covid-19 desenvolvida pela farmacêutica Sinovac.

103. A quarta consiste na aquisição, por meio da Fiocruz, de 4 milhões de doses – de um total de 12 milhões previstas – da vacina desenvolvida pelo Laboratório AstraZeneca e produzida pelo Instituto Serum.

104. As quatro seguintes referem-se a contratos de aquisição com as empresas Pfizer, Janssen, Precisa (representante da Bharat Biotech) e União Química (representante do Instituto Gamaleya).

105. Na tabela abaixo, são apresentados a quantidade de doses e preço das vacinas adquiridas:

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

Total		414.912.870		R\$ 20.767.620.246,00
-------	--	-------------	--	--------------------------

106. Em relação aos imunizantes produzidos pela Bharat Biotech e pelo Instituto Gamaleya, deve-se destacar que ainda não possuem autorização emergencial ou registro definitivo, concedido pela Anvisa.

107. O cronograma contratual das entregas é demonstrado abaixo:

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

(observação: para as vacinas ainda sem autorização da Anvisa, considerou-se, por precaução, a data de dezembro de 2021)

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

109. O início da produção dos primeiros lotes experimentais a partir de maio/2021 e a produção e entrega das primeiras doses da vacina totalmente produzidas na Fiocruz ocorreriam no segundo semestre de 2021.

VII.1 Registro de vacinação contra a Covid-19

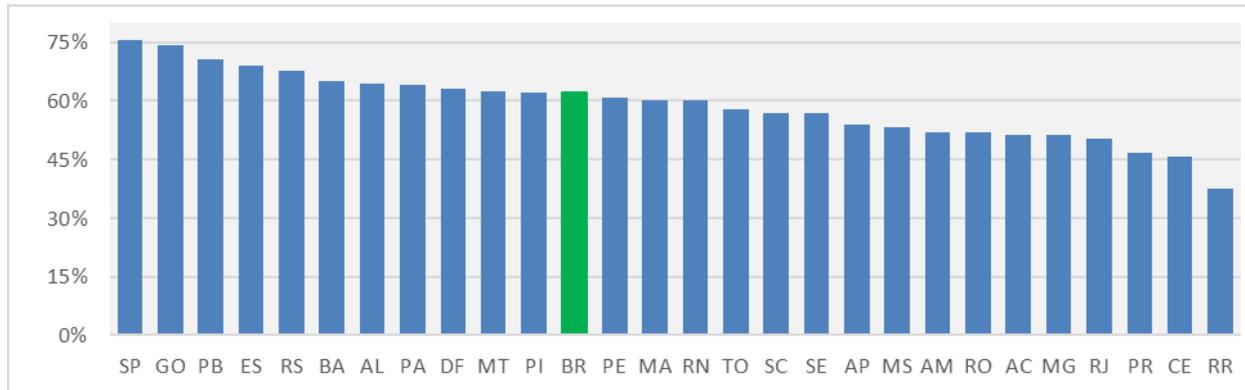
110. Os artigos 18 e 19 da Lei 14.124/2021, combinados com a Portaria GM/MS 69/2021, estabeleceram a obrigatoriedade de que todos os serviços de vacinação públicos e privados efetuem o registro, nos sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, das informações sobre as vacinas contra a Covid-19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

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

112. Ao se compararem dados de vacinas distribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil, consoante registros da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 17/3/2021, com os dados de vacinas aplicadas nessa mesma data, observa-se que a relação “doses recebidas X doses aplicadas” variou, nas unidades federadas, entre 75,4% (São Paulo) e 37,6% (Roraima), com média nacional de 60%.

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

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



VII.2.

114. Existe uma grande quantidade de variáveis que podem justificar a falta de registros de vacinação. Algumas dessas variáveis podem ser aceitáveis, como impossibilidades técnicas, mas existe o risco de que a ausência de registros possa estar relacionada com práticas ilegítimas, como desvio de imunizantes ou vacinação de pessoas fora das prioridades definidas pelos gestores públicos. Ainda que as bases de dados sejam auditadas, essas irregularidades podem nunca ser identificadas via sistema, pelo fato de não existirem registros.

115. O Brasil possui 5.570 municípios e mais de 330.000 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cnes, conforme dados de janeiro de 2021. Ou seja, trata-se de uma estrutura altamente descentralizada.

116. O art. 1º, § 2º da Lei 8.142/1990 estabelece que em cada esfera governo haverá um respectivo conselho de saúde, responsável, dentre outras atribuições, pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Em tese, cada município tem um conselho e tais conselhos teriam melhores condições de fiscalizar questões relacionadas à aplicação da vacina contra a Covid-19, como a verificação do registro pelos municípios das vacinas aplicadas ou eventuais irregularidades na fila de vacinação.

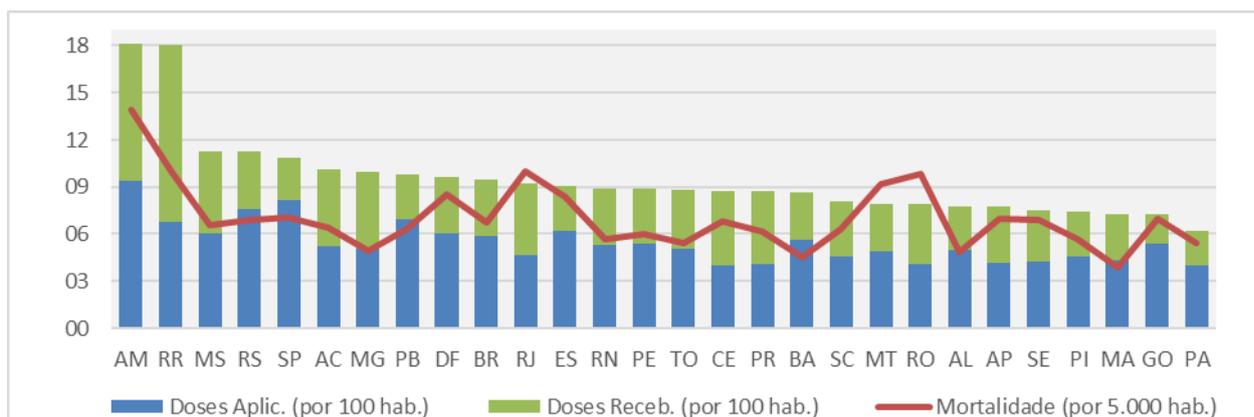
117. Assim, entendo adequada a proposta de recomendação para que o Ministério da Saúde oriente os conselhos de saúde a respeito:

“oriente os conselhos de saúde de todos os entes subnacionais, com base no art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990, a fiscalizar as ações dos gestores locais no combate à calamidade pública nacional decorrente da pandemia do vírus Sars-CoV-2, especialmente no que concerne à execução das ações de vacinação, ao registro de casos suspeitos e confirmados da doença e ao controle dos saldos nas contas correntes e das contratações realizadas, devendo, em caso de irregularidades, dar ciência de tal fato a casa legislativa responsável pelo controle externo do respectivo ente, bem como aos respectivos órgãos auxiliares de controle interno e externo;”

VII.3.

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

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



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

119. Essa falta de correlação pode ser aplicada porque as vacinas aplicadas consideradas, em regra, referem-se à primeira dose, que, por si só, não produz a imunização esperada nos organismos o que só ocorre depois da aplicação da segunda dose.

VII.4

120. Em relação às propostas de encaminhamento referentes à análise do cumprimento de deliberações anteriores referentes às vacinas, manifesto-me de acordo.

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

121. Consoante estabelecido no relatório que antecede este voto, a cada nova contaminação o vírus se reproduz e gera novas gerações virais. Naturalmente, quanto maior o nível de transmissão e contaminação de uma população pelo vírus, maiores as chances de ocorrerem mutações que sejam capazes de aumentar a patogenicidade (capacidade de o agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível) ou a transmissibilidade do vírus.

122. Conforme a teoria da evolução de Charles Darwin, todos os seres vivos se encontram em constante transformação genética, de modo que o ambiente se encarregará de selecionar os indivíduos mais viáveis para sobreviver naquele contexto. Exatamente tal situação ocorre na pandemia da Covid-19, pois as novas mutações do vírus Sars-CoV-2 estão se mostrando mais adaptadas ao ambiente e começando a prevalecer sobre a forma inicial do vírus.

123. Como o Brasil tem sido um dos focos da pandemia de Covid-19 no mundo, muitas mutações vêm ocorrendo ao longo da cadeia de transmissão do vírus Sars-CoV-2. Conforme já amplamente noticiado, atualmente se tem a informação da circulação no Brasil da variante de preocupação (**VOC – variant of concern**), denominada P.1 (também conhecida como Brasileira ou Manaus) e as variantes de interesse (VOI) denominadas P.2 (também chamada de Rio de Janeiro) e N.9 (conhecida também como de São Paulo).

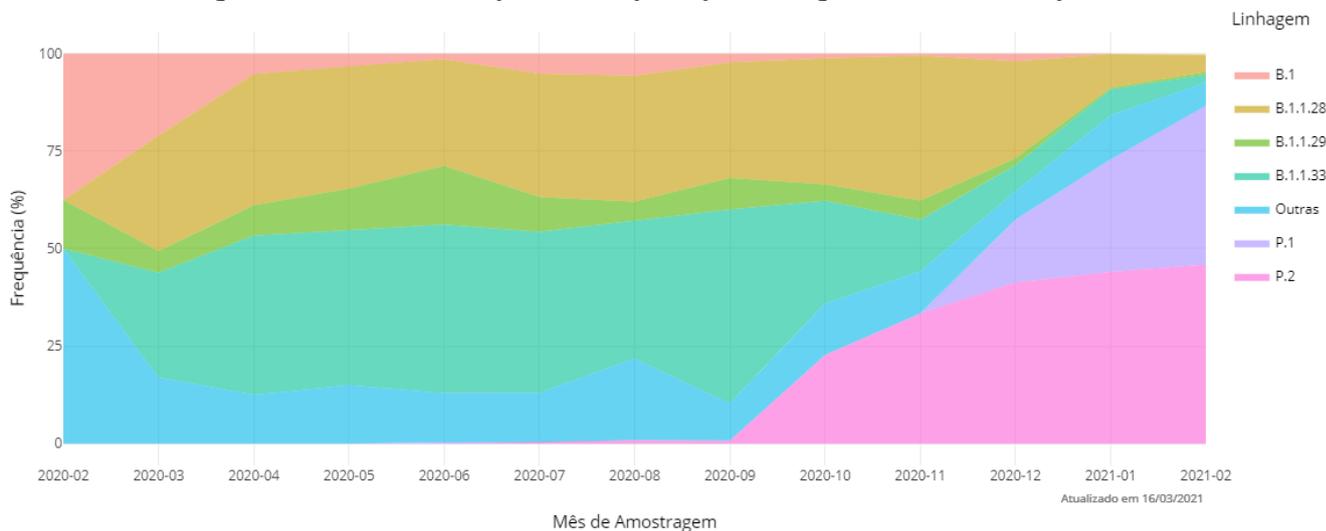
124. De acordo com o Boletim Epidemiológico 52 do Ministério da Saúde, atualmente temos três variantes de preocupação no mundo: B.1.1.7 (também conhecida como variante Britânica), B.1.351 (também chamada de variante da África do Sul) e P.1 (também conhecida como Brasileira ou Manaus).

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

126. Essas alterações na variante P.1 podem estar relacionadas ao aumento de pessoas mais jovens desenvolvendo quadros graves da doença e também pelo surgimento da chamada segunda onda no Brasil, com alto índice de contaminações e mortes.

127. Conforme o Boletim Epidemiológico 52 do Ministério da Saúde, tem-se que 40,73% das amostras sequenciadas se referem à variante P.1. Estudo da Fiocruz demonstra a tendência maior de propagação dessa variável:

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



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

128. Entre as vacinas já contratadas pelo governo brasileiro, conforme informado pelo Ministério da Saúde, a vacina da AstraZeneca mostrou-se eficaz em testes contra a variante P.1. Por sua vez, o governo de São de Paulo também já anunciou que, em um estudo prévio, com 35 participantes vacinados na fase III, a vacina Coronavac mostrou-se efetiva contra as novas variantes. Em situações similares estão as vacinas das farmacêuticas Janssen e Pfizer.

129. A equipe de auditoria, depois de reunião com pesquisadores da Fiocruz e da leitura de artigos, a exemplo do **Staying Ahead of the Variants: Policy Recommendations to Identify and Manage Current and Future Variants of Concern** publicado pela Johns Hopkins (disponível em https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2021/20210216-covid19-variants.pdf), ressaltou “a importância da chamada epidemiologia genética, ou seja, a análise epidemiológica a partir dos dados de sequenciamento genético. Com essa estratégia, é possível monitorar as mudanças do vírus pelo tempo, incluindo a detecção de novas variantes de preocupação, além da análise dos possíveis novos sintomas advindos de novas variantes. De acordo com o artigo, esta prática permitiu, ... fornece importantes informações para as autoridades públicas para a adequada modulação da resposta.” (grifou-se)

130. De acordo com o artigo citado, o Reino Unido atualmente vem sequenciando 9.900 amostras por semana, algo em torno de 6% a 8% dos seus casos positivos para Covid-19. Por sua vez, a Dinamarca, outro país líder em vigilância genômica, vem sequenciando aproximadamente 12% dos casos positivos. Comparativamente, o Brasil, conforme dados da Fiocruz, fez até o momento 5.500 sequenciamentos genéticos de Covid-19, ou seja, apenas 0,046% do total de casos confirmados.

131. Acolho, pois, a proposta de recomendação para que o Ministério da Saúde amplie a quantidade de sequenciamentos genéticos de amostras positivas para o vírus Sars-CoV-2:

“*amplie a quantidade de sequenciamentos genéticos de amostras positivas para o vírus Sars-CoV-2, estabelecendo metas progressivas de aumento dessa quantidade, com a respectiva previsão de atingimento; redução do tempo total de processo de sequenciamento genético; previsão orçamentária;*”

e inclusão de novos laboratórios para a realização dos sequenciamentos ou ampliação da capacidade dos atuais laboratórios responsáveis pelos sequenciamentos;”

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

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

133. Por meio de cruzamento de diversas bases de dados, foi feita uma retrospectiva do primeiro ano da pandemia no Brasil (dados referentes ao ano de 2020).

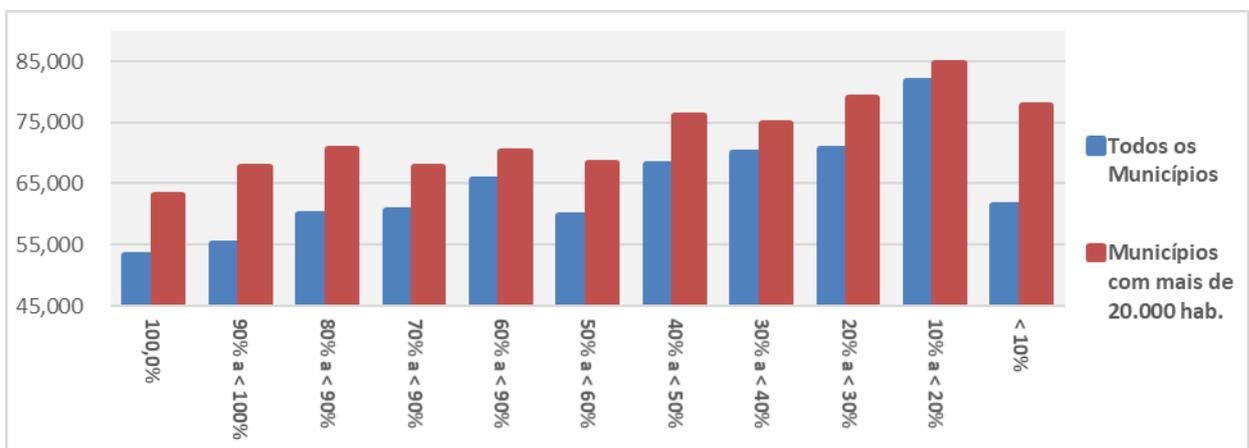
IX.1. Atenção Primária à Saúde

134. A Atenção Primária à Saúde (APS), tida como a porta de entrada do SUS, é caracterizada pela oferta de um conjunto de ações individuais e coletivas com o intuito de promover a saúde das pessoas e prevenir agravos, com ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. De acordo com diretrizes do Ministério da Saúde, pretéritas à pandemia, é nesse nível de atenção que se encontra o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS. O Ministério da Saúde estima que a atenção primária resolve 80% dos problemas de saúde da população, a um custo comparativamente baixo (fonte: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8119>).

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

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

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



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

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

137. Conforme se observa no gráfico, chama a atenção que os municípios com menos de 10% de

cobertura da ESF (considerando todos os municípios) registraram menos mortes por Covid-19 que os que possuem cobertura entre 20% e 50%. Tal constatação, possivelmente, decorreu da influência dos municípios de pequeno porte, que foram proporcionalmente menos afetados pela Covid-19 em 2020. Quando excluídos os municípios com menos de 20.000 habitantes da análise (58,7% dos que possuem cobertura inferior a 10%), a taxa de mortalidade passou de 61,4 para 77,9 óbitos por 100.000 habitantes.

IX.2. Atenção Especializada

138. A atenção especializada pode ser vista como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve a incorporação de processos de trabalho que demandam alta tecnologia e, em regra, alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, realizados em âmbito ambulatorial ou hospitalar de média e alta complexidades.

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

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

142. Nesse contexto, buscou-se averiguar o impacto dos investimentos em atenção hospitalar, no controle da situação emergencial.

143. Extraíndo-se a média de todos os leitos disponíveis para o SUS conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), a partir da média de número de leitos disponíveis em todos os meses de 2020, chegou-se a um número total de 349.374 leitos, o que equivale a aproximadamente 1,66 unidades por mil habitantes.

144. Tais leitos estão concentrados especialmente no grupo de internação. Dentro do grupo de leitos complementares, o que mais se destaca são as unidades de terapia intensiva (UTI) Adulto, que, com 21.341 leitos, representa 6,11% do total.

145. A partir de maio de 2020 surgiram unidades denominadas UTI Adulto Covid-19 e UTI Pediátrica Covid-19, que chegaram a totalizar mais de 10 mil leitos em julho de 2020, mas encerraram aquele ano com 8.988 e 94 unidades, respectivamente.

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

Gráfico 12 do relatório: Evolução do Número de Leitos Hospitalares no Brasil Disponíveis no SUS

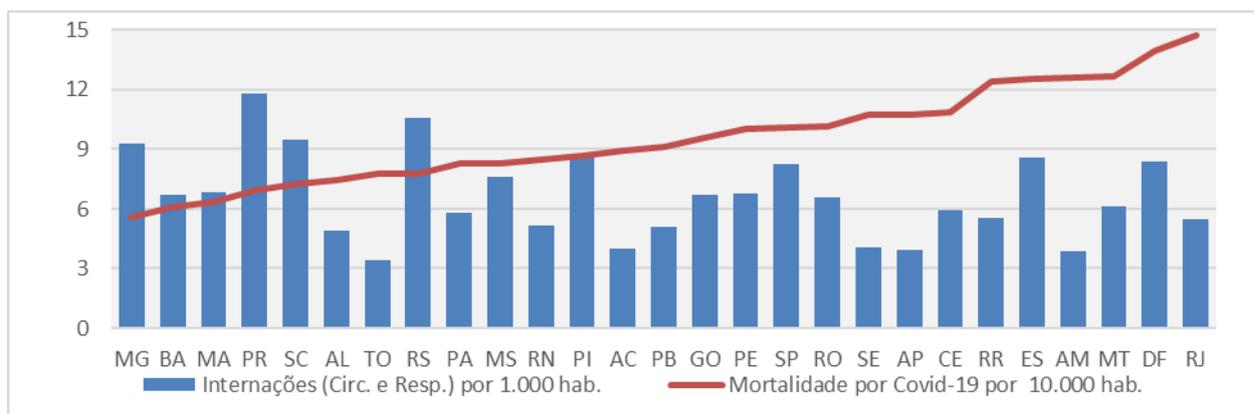


- **Eixo das ordenadas (Y):** Número de Leitos Disponíveis ao SUS
- **Eixo das abcissas (X):** Ano (com apuração mensal até fevereiro de 2021)

Fonte: CNES. Dados obtidos em 13/4/2021.

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

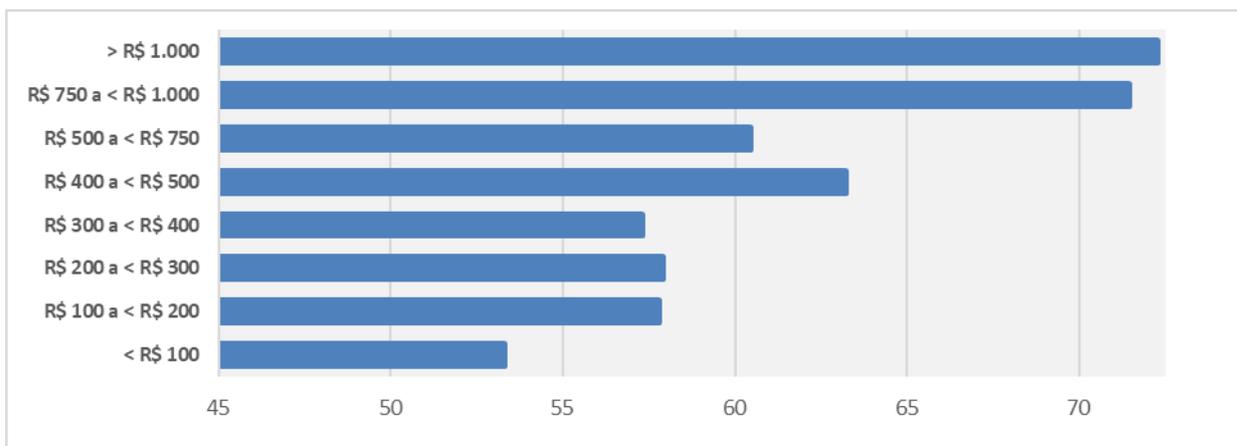
Gráfico 15 do relatório: Taxas de Internação por Doenças nos Aparelhos Circulatório e Respiratório nos Estados em relação à Mortalidade por Covid-19 em 2020



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

148. Em termos financeiros, tem-se uma tendência de alta nas taxas de mortalidade à medida que se aumentaram os investimentos em alta e média complexidades. Entende-se que tal tendência pode estar relacionada justamente à maior exposição dos cidadãos dos municípios com maior estrutura hospitalar, o que, se confirmado, reforça a importância dos protocolos de segurança em regiões que concentrem atendimento especializado de pacientes com Covid-19.

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



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

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

IX.3. Vigilância em Saúde

149. Ações de vigilância em saúde podem ser compreendidas como um amplo conjunto de estratégias para prevenção de agravos e promoção da saúde e envolvem atividades de planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho, bem como coleta, consolidação e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde.

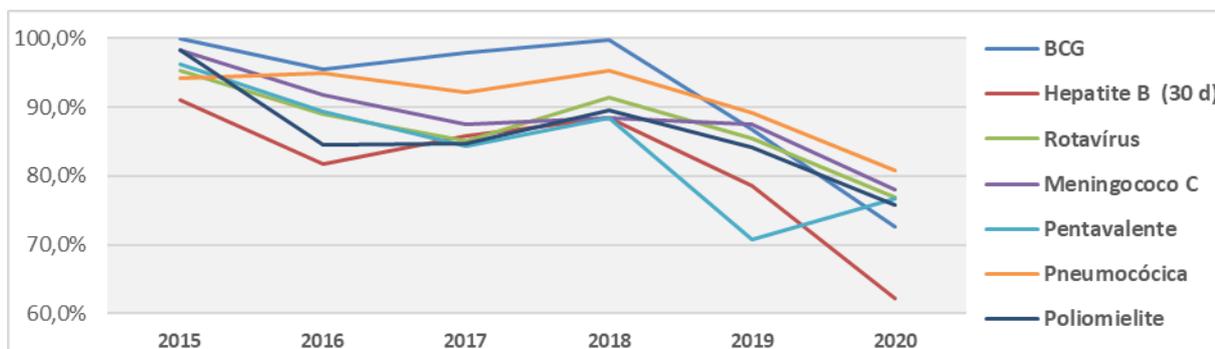
150. Na situação atual da pandemia, cabe dar um enfoque especial ao aspecto da vacinação.

IX.3.1. Vacinas em geral para menores de um ano

151. Em outubro de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), alertou que o público-alvo das vacinações para o público infantil não foi atingido e estava abaixo de 80%.

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

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



- **Eixo das ordenadas (Y):** Cobertura Vacinal Estimada por Imunizante, Estimada no SIPNI
- **Eixo das abscissas (X):** Ano (dados anuais consolidados)

Fonte: SIPNI. Dados obtidos em 13/4/2021.

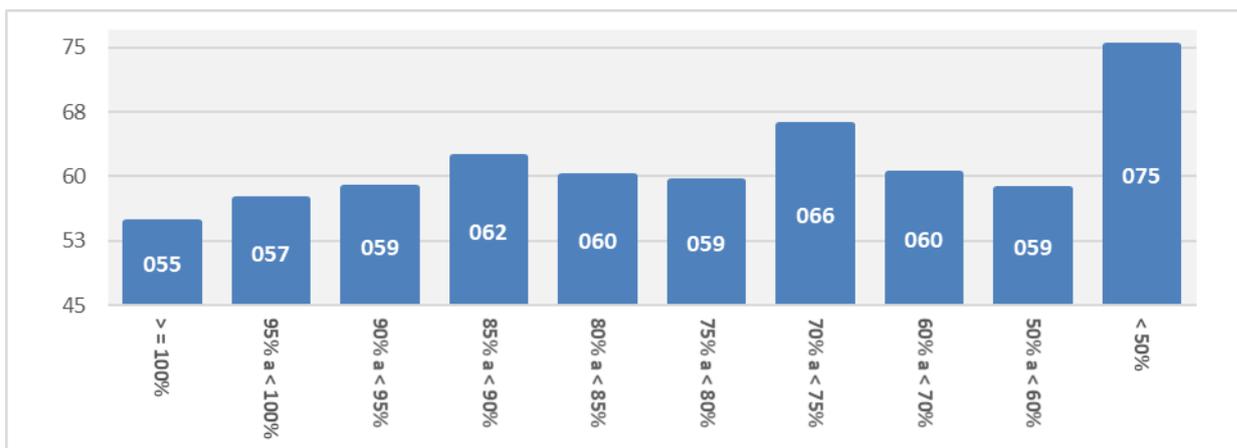
153. Há de se destacar que baixas taxas de cobertura vacinal não são um problema exclusivo do Brasil. A Organização Mundial de Saúde - OMS, em nota publicada em 22/8/2020, alertou que medidas de prevenção à Covid-19 afetaram o sistema de vacinação em pelo menos 68 países, deixando cerca de 80 milhões de crianças menores de um ano vulneráveis a doenças passíveis de imunização.

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

IX.3.1. Vacinas contra Influenza

155. Analisando-se especificamente os dados da vacina para Influenza, verificou-se que os municípios que tiveram maior taxa de vacinação da população alvo (formada em grande parte por idosos) tenderam a ter menores taxas de mortalidade por Covid-19. Em termos relativos, a média de mortalidade dos municípios que tiveram menos de 50% de cobertura (75,14 por 100.000 habitantes), foi substancialmente superior à dos que tiveram cobertura do público-alvo de 100% ou superior (54,57).

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



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

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

X. CONSIDERAÇÕES FINAIS

156. Desde o primeiro ciclo do acompanhamento, restou claro que a atuação do TCU teve por objetivo inicial contribuir para aprimorar a atuação do Ministério da Saúde neste momento de emergência de saúde pública.

157. Nessa linha, já foram proferidos quatro acórdãos com propostas para que as ações realizadas pela pasta ministerial sejam aprimoradas no tocante à legalidade, transparência, eficácia e economicidade.

158. No bojo do terceiro acompanhamento foram efetuadas as seguintes considerações (voto condutor do Acórdão 2.817-Plenário, de 21/10/2020):

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

(...)

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

262. *Desta feita, entendo que há tempo hábil para que a adoção das medidas propostas na parte dispositiva do acórdão tenha resultado.*” (grifou-se)

159. Ou seja, o recrudescimento da pandemia, a chamada segunda onda, era anunciada e exigiam-se medidas adicionais de prevenção e preparo da estrutura de saúde. Não foi o que aconteceu, entretanto.

160. Já no bojo daquele acórdão, apontou-se a necessidade de um plano efetivo de comunicação:

“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”.*

161. O que se verificou, contudo, neste acompanhamento, foi assim sintetizado pela unidade técnica:

1. *“não se observou incremento ou fortalecimento na política de comunicação do órgão para indução do comportamento da população em geral que efetivamente contribua para a redução dos níveis de contaminação e de mortalidade pelo novo coronavírus.*

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

162. Outro fator importante, a política de testagem sofreu as seguintes considerações no bojo do voto condutor do mencionado acórdão de 21/10/2020:

“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.”

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.” (grifou-se).

163. Como conclusão acerca desses temas assim contou do referido voto:

“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.”*

164. No presente acompanhamento, verifica-se que pouco mudou, como exposto neste trecho deste voto: *“a SecexSaúde concluiu que “a distribuição dos testes aos Estados, Municípios e DF não obedece a nenhum critério ou tampouco está vinculada a qualquer estratégia, sendo realizada de acordo com a demanda” (grifou-se).*

165. Contudo, o que se verificou, na verdade, foram práticas não condizentes com o proposto por esta Corte anteriormente, caracterizando eventual conduta omissiva dos gestores, cuja responsabilização sugiro, como exposto anteriormente, que ocorra em processos apartados.

166. Veja-se que aqui não me refiro a eventuais responsabilidade da falta de insumos nos hospitais da rede pública, o que está sendo tratado em processos específicos.

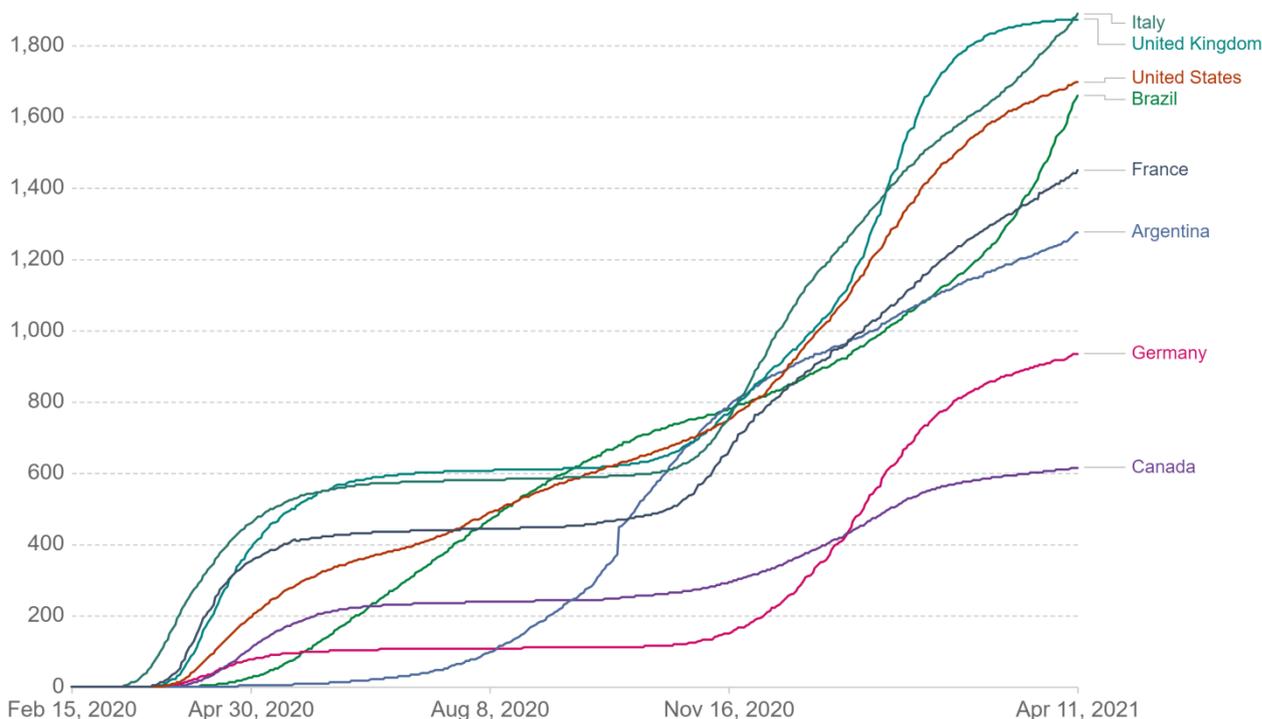
167. A taxa de óbitos atualmente vivenciada pelo País pode ser um indicador das consequências da ausência de planejamento. O último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Edição 57, de 28/3 a 3/4/2021), indica que:

“Dentre os países com população acima de 1 milhão de habitantes, de habitantes... . O Brasil apresentou um coeficiente de mortalidade de 1.559,3 óbitos/1 milhão hab., ocupando o 15º lugar no ranking mundial da mortalidade por covid-19”

168. Além de já se encontrar em uma situação altamente desconfortável, a situação relativa do País tende a se agravar com o alto índice de mortes verificado atualmente, consoante se verifica na tendência demonstrada no gráfico abaixo.

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: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

169. Consoante informações do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Boletim 57), 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 à República Theca, país de pior posição com 250,8 óbitos por 100.000 pessoas) (excluído Roraima por ter menos de um milhão de habitantes):

- Distrito Federal (204,1 óbitos por 100.000 pessoas);
- Rio de Janeiro (261,7 óbitos por 100.000 pessoas);
- Mato Grosso (220,8 óbitos por 100.000 pessoas); e
- Amazonas (286,6 óbitos por 100.000 pessoas).

170. Por fim, gostaria de enaltecer o trabalho realizado pela SecexSaúde, nas pessoas dos auditores Vivian Campos da Silva, Guilherme Manrique Ferreira, Anna Carolina Lemos Rosal e Alexandre Francisco Leite Assis, do diretor Messias Alves Trindade, do secretário-substituto Vinícius Augusto Guimarães e do secretário Marcelo Chaves Aragão.

171. 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 14 de abril de 2021.

TCU, Sala das Sessões, em 14 de abril de 2021.

BENJAMIN ZYMLER

Relator