

Élida Graziane Pinto

Doutora em Direito Administrativo pela Universidade Federal de Minas Gerais,
Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo e
Professora de Finanças Públicas da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV)

Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19

Relatório produzido em atendimento à solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia (CPI Pandemia), constante do Ofício nº. 1305/2021-CPIPANDEMIA, de 11 de junho de 2021, decorrente do Requerimento nº. 823/2021-CPIPANDEMIA, de autoria do Senador Alessandro Vieira.

Estudo elaborado em caráter pessoal e sem vínculo com as instituições em que a autora atua profissionalmente.

São Paulo, 05 de julho de 2021

“A quadra atual de ofensa aos direitos à vida e à saúde é agravada em razão de ações e omissões do Governo Federal, sobressaindo a inércia, o atraso na aquisição de vacinas, a reiterada e persistente omissão de autoridades públicas na observância de medidas envolvendo o uso de máscara e o distanciamento social e a disseminação de inverdades relacionadas ao tratamento da doença.

[...] Urge o restabelecimento da confiança na força normativa da Constituição Federal. A paz social baseia-se na confiança mútua e, mais do que isso – em proveito de todos, em prol do bem comum –, no respeito a direitos e obrigações estabelecidos. Em assim não sendo, ter-se-á o caos, a unilateralidade das definições, deixando de prevalecer os compromissos assumidos, como se a lei vigente fosse a da selva, e não a de um mundo desenvolvido.

[...] Alfim, assento a procedência do pedido formulado na alínea (a) da petição inicial, declarando o estado de coisas inconstitucional na condução das políticas públicas destinadas à realização dos direitos à vida e à saúde, considerada a pandemia covid-19.”

Voto do Ministro Marco Aurélio na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 822 (grifos acrescentados ao original)

“Os representantes do Ministério da Saúde não compreendem como função da Pasta a articulação com os entes subnacionais para a elaboração de um plano nacional de combate à pandemia, respeitando as particularidades locais ou a elaboração de planos tático-operacionais (seção II).

Desta forma, o Ministério da Saúde, após ter, no início da pandemia, adquirido e distribuído equipamentos de proteção individual e respiradores, ainda que em total desarticulação com os entes subnacionais (seção V), passou a agir, em relação às compras, por demanda desses, como no caso da aquisição dos kits anestésicos e testes para detecção de Covid-19 (objeto do terceiro relatório) e, mesmo no caso da aquisição de testes por demanda, há risco de perda de aproximadamente 6 milhões de testes, em razão da possível perda da validade antes mesmo da distribuição aos Estados.” (grifos acrescentados ao original)

4º Relatório de Acompanhamento do Tribunal de Contas da União nos autos do TC 014.575/2020-5

“[...] 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.

[...] 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.

A taxa de óbitos atualmente vivenciada pelo País pode ser um indicador das consequências da ausência de planejamento.” (grifos acrescentados ao original)

5º Relatório de Acompanhamento do Tribunal de Contas da União nos autos do TC 014.575/2020-5

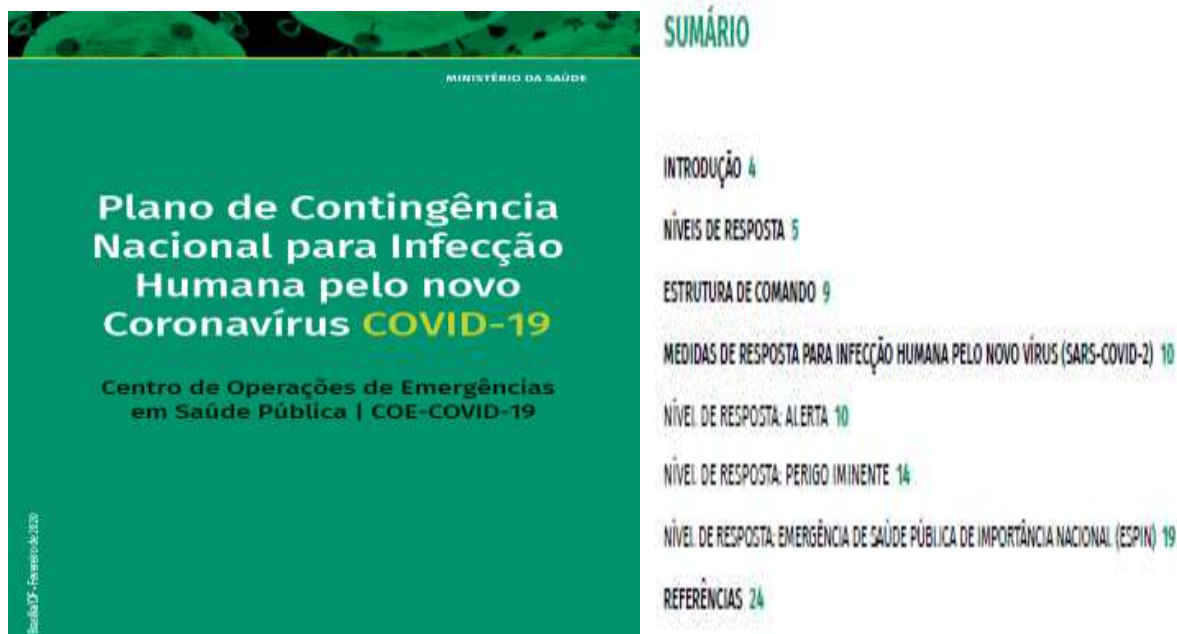
Sumário

I – Introdução.....	5
II - E se o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19 tivesse sido cumprido?	8
II.1 – Uma breve retomada do 1º semestre de 2020.....	13
II.2 – Uma breve retomada do 2º semestre de 2020.....	22
II.3 – Uma breve retomada do 1º semestre de 2021.....	36
III. ADPF 822 e Estado de Coisas Inconstitucional no SUS em debate no STF: necessidade de algum aprendizado na política pública de saúde brasileira.....	42
IV. Considerações finais: hipóteses preliminares acerca do quadro fiscal-sanitário brasileiro e algumas indagações para investigação detida pela CPI da Pandemia.....	60
IV.1 Hipóteses preliminares.....	62
IV.2 Indagações adicionais.....	77
Anexos.....	79

I - Introdução

O presente relatório tem por objeto a execução orçamentária empreendida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para enfrentamento da pandemia da Covid-19, durante o período de 13 de fevereiro de 2020 a 30 de junho de 2021. Trata-se de estudo que atende à solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia (CPI da Pandemia), constante do Ofício nº. 1305/2021-CPIPANDEMIA, de 11 de junho deste ano. Sua origem é o Requerimento nº. 823/2021-CPIPANDEMIA, de autoria do Senador Alessandro Vieira.

O marco inicial da análise remonta à data em que o Ministério da Saúde publicou o **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19** (disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>, cujas ilustrações da capa e sumário seguem abaixo).



Para que se possa indagar acerca da tempestividade, suficiência e qualidade dos gastos sanitários realizados por todos os níveis da federação ao longo do período considerado, é preciso contrastar a execução orçamentária voltada para o enfrentamento da pandemia com o planejamento que concebeu (ou deveria ter concebido) seus parâmetros operacionais nucleares e suas finalidades a serem alcançadas.

Busca-se, pois, avaliar a execução orçamentária do SUS conforme o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 nesses 16 (dezesseis) meses acumulados desde sua edição. Muito embora referido período não corresponda exatamente a

três semestres completos, para os fins metodológicos deste estudo, adota-se a seguinte correlação temporal e temática:

1º semestre de 2020 – contexto em que ocorreu (1) descoordenação nacional, com decorrentes (1.1) fragilidade do planejamento sanitário e (1.2) execução orçamentária insuficiente e lenta do Ministério da Saúde em favor do arranjo federativo do SUS para enfrentar a calamidade decorrente da Covid-19; bem como (2) aposta na curta duração da crise pandêmica e, por conseguinte, vigência temporalmente limitada do Orçamento de Guerra.

2º semestre de 2020 – período no qual houve, de certa forma, contaminação da gestão pandêmica pelo calendário eleitoral municipal, ao que se soma o controverso impasse fiscal na tramitação do projeto de orçamento anual da União para 2021, sem prorrogação do Orçamento de Guerra previsto na Emenda 106/2021.

Por fim, mas não menos importante,

1º semestre de 2021 – quando houve parcial descontinuidade da resposta sanitária, com consequente acúmulo de centenas de milhares de mortes evitáveis, em face do conturbado e atrasado processo de aprovação do orçamento federal para o exercício financeiro de 2021, bem como houve abertura de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis¹ na continuidade do enfrentamento à pandemia em seu 2º ano. Há que se apontar ainda a controversa (e ainda pouco evidenciada) expansão de despesas realizadas com recursos da Ação 21C0 (criada para o enfrentamento primordialmente sanitário à calamidade decorrente da Covid-19), muitas delas diretamente repassadas pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS, para serem executadas por órgãos militares.

Ainda que o Plano de Contingência Nacional seja a referência teórico-institucional acerca do que deveria ter sido feito idealmente na realidade brasileira; considerando que ele não foi cumprido, os três eixos temporais serão analisados à luz das seguintes fontes de dados, a que correspondem, tanto quanto possível, aos 8 (oito) anexos que acompanham o presente relatório:

- 1) Painel de acompanhamento da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde em relação aos créditos extraordinários abertos para enfrentamento da calamidade sanitária decorrente da Covid-19 (disponível em

¹ Acerca da inconstitucionalidade do manejo de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis em face do art. 167, §3º da Constituição de 1988 e da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4048, na qual o Supremo Tribunal Federal fixou interpretação acerca dos limites materiais à edição de tais créditos, esta relatora analisou detidamente o tema no seguinte artigo: <https://www.conjur.com.br/2021-fev-09/contas-vista-inconstitucional-abrir-credito-extraordinario-despesa-previsivel>

https://painelms.saude.gov.br/extensions/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html#);

- 2) Painel de acompanhamento dos gastos globais com a Covid-19 do Governo Federal mantido pela Secretaria do Tesouro Nacional (disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>);
- 3) Manifestações técnicas das instâncias competentes de controle sobre a execução orçamentária federal no âmbito do SUS para fazer face à gestão da crise sanitária causada pela Covid-19: Ministério Público Federal – MPF, Conselho Nacional de Saúde – CNS e Tribunal de Contas da União – TCU;
- 4) Artigos acadêmicos e notícias divulgadas na internet pela imprensa.

Eis a razão pela qual o texto será dividido em três capítulos, além desta introdução. No segundo capítulo, será explorado o rol de fragilidades da execução orçamentária do SUS ao longo desses três últimos semestres em que a pandemia da Covid-19 se desenrolou no Brasil.

No terceiro capítulo será analisado, por oportuno, o voto do Ministro Marco Aurélio nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 822 – ADPF 822/DF (disponibilizado eletronicamente em 25 de junho de 2021), o qual declarou “*estado de coisas inconstitucional na condução das políticas públicas destinadas à realização dos direitos à vida e à saúde, considerada a pandemia covid-19*”. Tal diagnóstico do Supremo Tribunal Federal (ainda que se refira, por enquanto apenas ao voto do Ministro Relator da ADPF 822) deve ser debatido, direta ou indiretamente, pela CPI da Pandemia, para que se possa buscar algum aprendizado institucional em torno de tantas perdas e sofrimento decorrentes da crise sanitária da Covid-19.

Em sede de considerações finais, serão consolidadas algumas rotas de explicação a título de hipóteses que merecem investigação adicional, assim como serão sugeridas indagações complementares, para que a CPI da Pandemia no Senado possa analisar, se seus membros assim o desejarem, impasses consideráveis na execução orçamentária do SUS durante o enfrentamento da Covid-19 nos exercícios financeiros de 2020 e 2021.

II - E se o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19 tivesse sido cumprido?

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 definiu – em bases nucleares – o que deveria ser feito e quem deveria agir para resguardar uma adequada resposta sanitária brasileira diante da Covid-19. Ali foram previstos três níveis de resposta estatal e correspondentes medidas de consecução operacional, conforme abaixo descrito:

- (1) **nível de alerta**, diante do risco elevado de introdução do vírus SARS-Cov-2, quando ainda inexistia o registro de caso suspeito no território nacional. Vale lembrar que, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde – OMS havia declarado emergência de saúde pública de importância internacional por surto do novo coronavírus (<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>);
- (2) **nível de perigo iminente**, diante da confirmação de caso suspeito. É importante retomar que a primeira confirmação de Covid-19 no país ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 (<https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>). Por fim,
- (3) **nível de emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN)**, a partir da confirmação de transmissão local da Covid-19 no território pátrio ou diante do reconhecimento de declaração de emergência de saúde pública de importância internacional (ESP II) pela OMS. Tecnicamente houve a formal declaração da emergência sanitária no Brasil por meio da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, editada pelo Ministério da Saúde (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html).

O nível de emergência se subdivide nas fases de

- (3.1) **contenção**, que visa identificar e conter a dispersão do vírus. A orientação do Plano era que houvesse compra e abastecimento de equipamentos de proteção individual – EPI’s, detecção de casos suspeitos mediante testagem ampla, bem como “estratégia de monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente” (PLANO, 2020, p. 7); e
- (3.2) **mitigação**, verificada a partir do registro de 100 (cem) casos positivos de Covid-19. As orientações passam pela expansão da

capacidade de oferta da atenção hospitalar para os casos graves, bem como isolamento social, com o concomitante fortalecimento da atenção primária à saúde para acompanhamento dos casos leves.

Para cada um desses estágios, foram arroladas estratégias de resposta, coordenadas federativamente no âmbito do SUS, nas seguintes áreas: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária (medidas de saúde em pontos de entrada como portos, aeroportos e passagens de fronteiras), comunicação de risco e gestão (BRASIL, 2020, p. 10)

Contudo, como já havia sido declarada a emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19 pela Portaria MS nº 188, em 03 de fevereiro de 2020, este estudo pretende questionar se houve adequada, tempestiva e suficiente resposta fiscal para as medidas arroladas como necessárias ao enfrentamento tão somente do nível da emergência sanitária – ESPIN. Ou seja, não serão cotejadas possíveis demora, insuficiência ou inadequação das ações governamentais no âmbito dos níveis de “alerta” e de “perigo iminente”.

Do ponto de vista administrativo-orçamentário, o Plano de Contingência Nacional arrolou recomendações emergenciais que implicavam, desde 13 de fevereiro do ano passado, demandas imediatas de ampliação de gastos anteriormente previstos no âmbito do SUS (mediante créditos adicionais suplementares), bem como de geração de gastos públicos novos (sobretudo mediante créditos adicionais extraordinários).

Entre as várias medidas arroladas no Plano, em suas páginas 19 a 23, as ações que indiscutivelmente reclamavam rápida e suficiente garantia de custeio para enfrentar a Covid-19, repise-se, já a partir de fevereiro de 2020, eram as seguintes:

1) Vigilância

- 1.1) “garantir que os serviços de referência notifiquem, investiguem e monitorem os casos confirmados para o vírus SARS-Cov-2 oportunamente.”
- 1.2) “realizar a investigação do caso confirmado pela infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”
- 1.3) “manter a rede de vigilância e atenção à saúde organizadas sobre a situação epidemiológica do país e a necessidade de adoção de novas medidas de prevenção e controle da infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19).”
- 1.4) “disponibilizar equipes de resposta rápida para investigação de casos confirmados da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) em apoio a estados e municípios.”

1.5) “conduzir investigação epidemiológica e rastrear contatos de casos suspeitos e confirmados da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”

1.6) “divulgar amplamente materiais de educação em saúde para o trabalhador da saúde.”

2) Suporte laboratorial

2.1) “garantir a execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios.”

2.2) “garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial.”

2.3) “apoiar os laboratórios na realização de diagnóstico de RT-PCR em tempo real para a infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) de acordo com os procedimentos e recomendações da OMS, tanto para os NIC, como para os Lacen com capacidade de realização do diagnóstico.”

2.4) “apoiar e garantir o transporte das amostras do Lacen ao laboratório de referência.”

2.5) “garantir a realização do diagnóstico de RT-PCR em tempo real e as análises complementares do vírus SARS-Cov-2 aos Laboratórios de Referencial Nacional e Regionais.”

3) Assistência

3.1) “apoiar o funcionamento adequado e oportuno da organização da rede de atenção para atendimento ao aumento de contingente de casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”

3.2) “apoiar a ampliação de leitos, reativação de áreas assistenciais obsoletas, ou contratação de leitos com isolamento para o atendimento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”

3.3) “orientar, em caso de surto ou epidemia de casos de novo coronavírus, a organização da rede de atenção à saúde para disponibilidade de UTI que atenda a demanda de cuidados intensivos para casos graves, garantido adequado isolamento dos mesmos.”

3.4) “reforçar a necessidade de garantir proteção aos profissionais atuantes no atendimento aos casos suspeitos ou confirmados da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), nos serviços públicos e privados, conforme recomendações da Anvisa.”

4) Assistência farmacêutica

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

4.2) “disponibilizar medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico.”

4.3) “garantir medicamento específico para os casos de SG e SRAG que compreendem a definição clínica para uso de fosfato de oseltamivir.”

5) Vigilância sanitária – medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras)

5.1) “intensificar a divulgação do material informativo para orientar os viajantes quanto a prevenção e controle da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”

5.2) “mobilizar a rede de vigilância em saúde, considerando os Planos de contingência locais, da necessidade da preparação e adoção de medidas para o enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).”

6) Comunicação de risco

6.1) “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;”

6.2) “disponibilizar material de divulgação para reprodução nos estados e municípios, órgãos que compõem o GEI e outros Parceiros;”

6.3) “disponibilizar materiais informativos/educativos trilíngues para os aeroportos, portos e fronteiras;”

6.4) “disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação;”

6.5) “disponibilizar material informativo/educativo para públicos específicos: gestores, profissionais de saúde, viajantes, escolas, dentre outros;”

7) Gestão

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

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

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

7.4) “promover ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle da vírus SARS-COV-2.”

7.5) “identificar fomentos para as ações emergenciais no enfrentamento do vírus SARS-COV-2.”

O elenco acima de respostas sanitárias foi publicado pelo Ministério da Saúde, imediatamente após a declaração de emergência de saúde pública, a que se refere a Portaria MS nº 188, reitere-se, de 03 de fevereiro de 2020. Obviamente o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19, de 13 de fevereiro de 2020, reclamava ajustes e atualizações ao longo do tempo, mas, desde o início, consolidava a reflexão técnico-científica acerca da doença e indicava caminhos internacionalmente testados para a condução da política pública de saúde no Brasil.

Para cumprir o planejamento sanitário relativo à pandemia, era preciso que o Ministério da Saúde celeremente pactuasse sua execução com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT a que se refere o art. 14-A da Lei Orgânica do SUS. Em igual medida, era preciso que o Ministério da Saúde tivesse efetivamente coordenado nacionalmente o sistema e mobilizado as redes de ações e serviços públicos de saúde – ASPS, conforme a competência e a capacidade operacional de cada nível da federação.

Infelizmente, contudo, o Plano de Contingência Nacional não foi executado como núcleo da política pública de saúde durante a pandemia, tampouco orientou os demais eixos de enfrentamento à Covid-19 nas searas econômica e social.

Doravante serão exploradas as circunstâncias em que ocorreram tal descumprimento ao longo dos três semestres sob observação na gestão sanitária da calamidade decorrente da Covid-19.

II.1 – Uma breve retomada do 1º semestre de 2020

A despeito de ter tido um bônus temporal de alguns meses para incorporar a experiência e o aprendizado construído concreta e duramente pelos gestores de saúde dos países asiáticos e europeus onde a pandemia primeiro evoluiu, a resposta sanitária brasileira à pandemia da Covid-19 foi lenta, errática e insuficiente.

Como bem alertou o médico sanitário Cláudio Maierovitch em seu depoimento a esta CPI da Pandemia, no dia 11 de junho deste ano (como se pode assistir a partir do vídeo disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/06/ao-vivo-cpi-da-pandemia-ouve-natalia-pasternak-e-claudio-maierovitch-2013-11-6-2021> no trecho 1h38'18" a 1h38'26"), *“em geral quando se fala de epidemia, a gente fala de velocidade, de pressa para resolver as coisas.”* Para o aludido sanitário, caso o país tivesse atuado preventiva e prontamente, as políticas públicas de saúde poderiam ter dado uma solução para a Covid-19 análoga à do vírus Zika, o qual, embora assustador e dramático, teve enfrentamento rápido e hábil para a contenção da correspondente crise.

Nesse contexto, é possível afirmar que as ações e omissões acumuladas ao longo do 1º semestre de 2020 foram determinantes para o agravamento da calamidade sanitária decorrente da Covid-19 nos semestres subsequentes. Não foram estruturadas as equipes de saúde de família adequada e tempestivamente para a testagem, o rastreamento e o isolamento dos casos de Covid-19.

Como se pode ler nos Anexos 1 e 8 que acompanham este relatório, o Plano Nacional de Contingência foi descumprido por força de impasses federativos e do atraso orçamentário-financeiro da resposta sanitária, ao que se somam duas transições de comando no Ministério da Saúde (<https://veja.abril.com.br/politica/queda-de-dois-ministros-em-apenas-um-mes-deixa-saude-a-deriva/>).

Vale lembrar que, até a edição da Portaria nº 1.666, em 1º de julho de 2020 (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.666-de-1-de-julho-de-2020-264505695>), o Ministério da Saúde ainda não havia efetivamente fortalecido a capacidade de resposta dos entes subnacionais, no âmbito do SUS, para fazer face à pandemia.

A lenta e insuficiente transferência de recursos fundo-a-fundo no 1º semestre de 2020 é objetivamente observável a partir da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde – FNS (conforme dados constantes do Anexo 1 deste relatório).

O diagnóstico de baixa execução orçamentária em favor do SUS pelo governo federal nos primeiros meses de enfrentamento à pandemia foi alvo de questionamentos do Ministério Público Federal – MPF, do Conselho Nacional de Saúde – CNS e do Tribunal de Contas da União – TCU (conforme se depreende, respectivamente, dos Anexos 3, 4 e 5 que acompanham este relatório).

Por outro lado, é preciso trazer a síntese do acompanhamento realizado pelo Tribunal de Contas da União sobre a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia, ao longo de 5 (cinco) relatórios realizados nos autos do TC 014.575/2020-5. O inaugural relatório diz respeito ao monitoramento do 1º semestre de 2020, a partir do qual o TCU apontou falhas que foram consignadas no Acórdão 1335/2020-Plenário, julgado em 27 de maio do ano passado, conforme evidenciado pela tabela abaixo:

Relatório, respectivo Acórdão e data	Acompanhamento pelo Tribunal de Contas da União no TC 014.575/2020-5 acerca da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19
1º Relatório (Acórdão 1335/2020, julgado em 27/05/2020)	<u>Excerto do Relatório</u> “[...] é questionável a atitude do Ministério da Saúde de direcionar recursos para todos os Estados e Municípios do país sem considerar as estimativas de propagação da doença e sem considerar a desigualdade na oferta de serviços de saúde, principalmente entre grandes e pequenos municípios. [...] <u>Excerto do Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler</u> “Quando se analisa os dados municipais, verifica-se que 3.270 municípios já apresentaram casos da doença, enquanto outros 2.300 ainda não apresentaram nenhum, embora tenham recebido recursos para o combate da epidemia. [...] os processos administrativos carecem de informações referentes a: justificativa específica da necessidade da contratação, quantidade de serviço a ser contratado com as respectivas memórias de cálculo e destinação do objeto contratado.” <u>Medidas adotadas no Acórdão</u> “9.1.determinar ao Ministério da Saúde que: 9.1.1. com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, disponibilize à equipe de acompanhamento, de maneira completa e tempestiva, as informações referentes aos processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus; 9.1.2. com fundamento no art. 4º - E, § 1º, da Lei 13.979/2020, instrua os processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus com a devida motivação dos atos por meio da inclusão nos autos, no mínimo, de justificativas específicas da necessidade da contratação, da quantidade dos bens ou serviços a serem contratados com as respectivas memórias de cálculo e com a destinação do objeto contratado;

	9.2.recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que, em relação aos recursos repassados aos estados, Distrito Federal e municípios para o enfrentamento da crise do novo coronavírus: 9.2.1.adote critérios técnicos para disponibilizar recursos aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes; 9.2.2.elabore orientações acerca da utilização dos recursos repassados aos entes subnacionais, considerando a situação epidemiológica vivenciada por cada qual, em especial aqueles que apresentem pouca ou nenhuma incidência da doença;”
--	---

Aliás, desde 28 abril de 2020, José Roberto Afonso e esta relatora havíamos denunciado a falta de prioridade fiscal para estruturar adequada e prontamente a capacidade de resposta do SUS em relação à crise sanitária decorrente da Covid-19 (como se pode ler em <https://www.poder360.com.br/opinioao/coronavirus/a-velha-falta-de-prioridade-e-uma-nova-tragedia-anunciada-por-jose-roberto-afonso-e-elida-pinto/>).

Em 20 de maio do ano passado, reiteramos a denúncia com dados atualizados até aquela data por meio de um segundo artigo publicado em <https://diplomatie.org.br/pouca-saude/> (inteiro teor disponível no Anexo 8), cujos excertos mais relevantes seguem abaixo transcritos:

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus já alertava, também desde fevereiro, que eventuais erros no acompanhamento dos riscos da doença deveriam ocorrer pelo excesso de precaução. Negligência e omissão não poderiam ser admitidas, sob pena da escalada de mortes evitáveis.

Muito antes do carnaval, já se sabia que era necessário adquirir em larga escala testes, equipamentos de proteção individual, insumos hospitalares, medicamentos, respiradores etc. O Ministério da Saúde chegou a orientar gestores estaduais, distritais e municipais, diante da possibilidade de superação da capacidade de resposta do SUS, que adaptassem e ampliassem leitos e áreas hospitalares, bem como promovessem a contratação emergencial de leitos de UTI. A União, contudo, não fez sua parte.

A rápida resposta regulatória e legislativa não encontrou eco no orçamento da União. Há uma lenta e insuficiente execução, mesmo depois que ficou claro que as regras fiscais não impediam sua pronta e ampla resposta orçamentário-financeira em caráter extraordinário, haja vista o forte amparo hermenêutico dado pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 6357. Entre o que se anuncia e o que se efetivamente desembolsa há um abismo.

Até o dia 14 de maio, o Ministério da Saúde somente pagou R\$ 8,0 bilhões na Ação 21C0, que trata especificamente do enfrentamento sanitário da pandemia no âmbito do Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme publicado em seu portal.

[...]

A despeito de a dotação autorizada para a ação 21C0 especificamente no âmbito do FNS montar a R\$18,9 bilhões, só 42% ou R\$ 8 bilhões foram efetivamente pagos até 14 de maio último, em que pese a escalada das contaminações e mortes cerca de 188 mil e 14 mil, respectivamente, até aquela data).

O maior atraso de execução orçamentária reside precisamente na subfunção de aplicação direta pelo Ministério da Saúde. Como o gráfico a seguir bem evidencia, muito embora haja a previsão de R\$ 8,45 bilhões em aplicações federais diretas, somente houve saldo real de despesas pagas de R\$ 546,3 milhões

[...]

Vale lembrar, por exemplo, que a decisão de cancelamento da compra de 15 mil respiradores pelo Ministério da Saúde (que traria ganho de escala e capacidade de resposta nacional para a falta do aludido equipamento) pode explicar parcialmente essa letargia de execução orçamentária.

A falta de diálogo efetivo, bem como a insuficiência e a velocidade dos repasses aos fundos estaduais e municipais de saúde também merecem registro destacado, conforme se pode ler nas matérias: *“Entidades que apoiavam Mandetta dizem ter sido barradas em posse de Teich: Conass e Conasems, que representam secretários estaduais e municipais, mantinham contato direto com o antigo ministro”*; *“Por favor, mais compaixão”*; *“Doria diz que SP não recebeu ajuda de novo ministro da Saúde para combate ao coronavírus: ‘máscara, respirador, leito, nada’ ”*

O ritmo lento e insuficiente da execução orçamentária do Ministério da Saúde pode ser claramente compreendido no longo lapso entre 13/04 a 12/05/2020 com reduzido fluxo de transferências fundo-a-fundo

[...]

O cenário é ainda mais preocupante porque, na medida em que avançam mortes e infectados, o governo federal resolveu politizar a necessidade de auxiliar os governos estaduais e municipais. São os entes subnacionais que respondem por cerca de 95% da despesa pública com assistência médica e hospitalar, mas terão dificuldades para se financiar e funcionar diante do impacto da recessão sobre a sua arrecadação própria, sem que possam se endividar como no caso da União. Até mesmo a rede privada de saúde deve enfrentar problemas financeiros, como já ocorreu em muitos países europeus, onde houve, aliás, estatização em alguns casos.

[...]

Outros fatos agravam o cenário. A primeira abertura de crédito extraordinário foi feita à custa de remanejamento de R\$ 4,8 bilhões dos recursos do próprio Ministério da Saúde, subtraindo recursos do custeio da atenção básica de saúde e da assistência hospitalar e ambulatorial.

Aliás, a indicação de fonte de custeio para os R\$18,9 bilhões previstos na ação 21C0 para o Ministério da Saúde e relativa ao enfrentamento sanitário da Covid-19, demonstra que não houve expansão do financiamento do SUS diretamente mediante aumento imediato e correlato do endividamento federal, como tem sido feito no restante do mundo. Chega a ser dramático que o Ministério da Saúde tenha perdido cerca de R\$5,7 bilhões, até agora, em diversos remanejamentos das suas dotações originais.

[...]

Noutro enfoque, contrastam os R\$ 8,3 bilhões pagos da ação do Covid-19 vis-à-vis os R\$ 1,169 trilhão que o Ministério da Economia estima como resposta estatal à pandemia (textualmente, dito “total destinado ao combate à pandemia [de]: R\$ 24,3 bilhões” para ações de saúde). A isso deve se somar o compromisso assumido pelo Banco Central de assegurar liquidez ao mercado financeiro que pode chegar até o montante de R\$ 1,2 trilhões. Os desembolsos extraordinários da União efetivamente quitados para a saúde pública deixam a desejar até mesmo quando comparados ao suporte prestado para saúde privada.

Mais detalhamento das contas no portal de Transparência revela que 88% do pouco que foi efetivamente pago constituiu transferências para estados (R\$ 2,9 bilhões) e municípios (R\$ 4,0 bilhões), através de fundos para gastos correntes. Na prática, quase não houve pagamento de aplicações diretas (como se nada tivesse sido comprado pela União), muito menos de despesas de capital (investimento nulo).

[...]

Os números do orçamento da União escancaram uma tripla falta de prioridade: para o combate direto à pandemia, para a saúde pública e, sobretudo, para a federação. Neste último caso, é importante atentar que a execução da política pública de saúde é profundamente descentralizada, algo ímpar entre as funções de governo no País. Tanto é assim que, do ponto de vista da execução direta da despesa pública com assistência médico-hospitalar, a rede federal mal responde por 5% do gasto nacional. Ou seja, o governo federal é um grande financiador, mas um irrisório executor

[...]

A destinação dos recursos a Estados, Distrito Federal e Municípios até o momento foi feita em três formatos: habilitação de leitos de UTI considerando os planos de contingência estadual; valores *per capita* e como parcela extra do Piso de Atenção Básica e Média e Alta Complexidade, conforme perfil da gestão de cada unidade federada. Tal metodologia de cálculo dos repasses desconsidera, contudo, as severas desigualdades regionais e vazios assistenciais existentes, aferível, por exemplo, a

partir do número de leitos de UTI por 10 mil habitantes. A isso se soma a considerável distorção de oferta de leitos privados e públicos em todo o território nacional. A desigualdade de acesso aos leitos acentua as diferenças territoriais, sociais e econômicas, arrastando as populações a condições ainda mais vulneráveis.

A título de exemplo, o Estado do Amazonas – que já teve o colapso assumido até na forma de pedido de intervenção federal na área da saúde, recebeu acréscimo de cerca de R\$ 213,67 milhões, em repasses federais ao respectivo fundo estadual e aos fundos municipais de saúde até 14 de maio.

Ideal é que o governo federal promova diálogo mais amplo e efetivo com os respectivos pares da gestão federativa e do controle social do SUS, para fins de rateio equitativo do custeio das obrigações sanitárias excepcionalmente agravadas durante a pandemia da Covid-19. A restrição burocrático-orçamentária chegou a dar causa até mesmo a repasses exclusivamente para despesas correntes, o que, no limite, impediria os entes subnacionais adquirirem materiais permanentes, como respiradores. A troca de comando do Ministério da Saúde deve agravar a lenta resposta da União.

Era de se esperar que diante de uma inédita pandemia fosse mudado um padrão já histórico de subfinanciamento da saúde pública pela União e crescente dependência de custeio direto por Estados e Municípios, que respondem por cerca 60% do financiamento das despesas do governo consolidado com a função saúde (equivalente a 4,2% do PIB em 2018) mas salta para 86% da execução direta – ou 95% no caso da subfunção de assistência médica e hospitalar.

[...]

Até meados de maio, a execução orçamentária da União e o posicionamento de suas autoridades econômicas em relação ao socorro financeiro para Estados e Municípios constituem uma confissão da incapacidade ou desinteresse em exercer a atribuição constitucional de coordenar, planejar e financiar o SUS. É como se a União relutasse em assumir sua responsabilidade central diante da federação brasileira nas ações e serviços públicos de saúde necessárias ao enfrentamento da pandemia, bem como se recusasse ao amparo fiscal de última instância aos demais serviços públicos essenciais. Apostar na falência fática dos governos subnacionais e na descontinuidade dos serviços por eles prestados são iniciativas que têm o potencial de causar anomia e severa insegurança no tecido social e econômico [...]

Há uma janela a se fechar de poucos dias e semanas para se corrigir as omissões e insuficiências dessa errática descoordenação sanitária, fiscal e federativa no Brasil. Há que se corrigir a prioridade orçamentária e a gestão das ações nacionais de saúde e há que se assegurar o funcionamento mínimo de todos entes federados para evitar uma nova e anunciada tragédia que agrave a da Covid-19.

Por outro lado, cabe pontuar o desarranjo causado pelo envio do projeto de lei de diretrizes orçamentárias da União para 2021 (PLDO-2021), lastreado na premissa de que a pandemia findaria em 31 de dezembro de 2020, nos termos do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.

Em 15 de abril de 2020, foi assumida formalmente, desse modo, a temerária agenda de rápida retomada do teto de despesas primárias como âncora fiscal do país já a partir do ano imediatamente subsequente ao do “Orçamento de Guerra”. Vale lembrar, por oportuno, que tal “regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia” foi concebido pela Proposta de Emenda à Constituição nº 10/2020. A PEC 10 foi apresentada em 1º de abril do ano passado, aprovada

definitivamente pelo Congresso em 06 de maio e promulgada em 07 de maio na forma da Emenda Constitucional nº 106/2020.

Aludida escolha em torno de uma curta resposta fiscal excepcional – diante do desenrolar da pandemia da Covid-19 nos dois semestres seguintes – revelou-se equivocada, porque já era previsível, desde abril² do ano passado, a possibilidade de continuidade e até agravamento da pandemia (como se pode ler em https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2020/08/01/interna_mundo,877605/oms-preve-que-pandemia-do-novo-coronavirus-sera-muito-longa.shtml e <https://valor.globo.com/opinioao/noticia/2020/10/15/fmi-adverte-sobre-a-retirada-prematura-de-estimulos-fiscais.ghtml>).

Em grande medida, a curta vigência do Orçamento de Guerra deu causa à má qualidade do planejamento orçamentário para o exercício financeiro subsequente, com forte disputa durante a tramitação do PLDO-2021 e do projeto de lei de orçamento anual – PLOA-2021. Sequer houve a instalação da Comissão Mista de Orçamento (na forma do art. 166 da Constituição de 1988) em 2020, o que fez com que o PLDO-2021 tivesse de ser apreciado diretamente pelo plenário do Congresso Nacional em 16 de dezembro de 2020 (<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/12/01/alcolumbre-marca-para-16-de-dezembro-sessao-para-votar-lei-de-diretrizes-orcamentarias.ghtml>).

O próprio PLOA-2021 só veio a ser aprovado em 25 de março de 2021 (<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/25/orcamento-2021-foi-aprovado-sob-pesadas-criticas>) e sancionado no limite temporal do prazo em 22 de abril deste ano (como se pode ler em <https://www.infomoney.com.br/economia/na-data-limite-diario-oficial-da-uniao-ainda-nao-traz-sancao-do-orcamento-2021/> e <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/04/23/apos-atraso-e-impasses-bolsonaro-sanciona-orcamento-de-2021-com-vetos-parciais>).

² Tanto era previsível que, desde 21 de abril de 2020, esta relatora havia proposto algumas sugestões de aprimoramento do debate fiscal brasileiro em face do PLDO-2021 (como se pode ler em <https://www.conjur.com.br/2020-abr-21/contas-vista- algumas-agendas-necessarias-enfrentamento-calamidade-nacional>). Cabe aqui citar, em especial, as seguintes: “Nesse contexto, a primeira sugestão que ousamos fazer, nesta coluna, é que seja alterado o prazo de vigência da calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19, para superar o limitado lapso de 31/12/2020 e para que tenhamos um marco finalisticamente adstrito ao tempo necessário ao enfrentamento da imensa crise sanitária, social e econômica em que vivemos.

A segunda sugestão que trazemos à baila é que urge alterar constitucionalmente o teto dado pela Emenda 95/2016, até mesmo para fins de formulação do projeto de lei orçamentária federal de 2021. Aqui cabe deixar, desde já, uma incontornável indagação estrutural sobre como serão amparadas todas as despesas direta e imediatamente relacionadas à situação de calamidade no PLOA/2021, que perderão – na transição deste ano para o próximo – a imprevisibilidade que marca a natureza jurídica dos créditos extraordinários?”

Tal tema voltará a ser abordado oportunamente por ocasião do exame do 1º semestre de 2021. Desde já, é possível concluir, em síntese, que o atraso na estruturação federativa do SUS e a imprudência em pressupor curta duração fiscal no PLDO-2021 e na EC 106/2020 para o enfrentamento da pandemia marcaram o 1º semestre de 2020, o que explica – direta ou indiretamente – diversas das fragilidades verificadas nos dois semestres seguintes.

Enquanto isso, nos entes subnacionais, a falta de uma clara coordenação federativa em torno de um plano nacional de enfrentamento à pandemia deu causa à dispersão de estratégias, muitas delas posteriormente reputadas inadequadas, até mesmo na esfera do risco de dano ao erário. Cabe aqui trazer, em especial, o oneroso e potencialmente abusivo exemplo de contratação de instalações provisórias de leitos de UTI (hospitais de campanha) em detrimento do manejo pleno da capacidade instalada já existente nas redes pública e privada de assistência hospitalar.

Para que se tenha em mente o volume de despesas envolvido, apenas nos municípios fiscalizados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, durante os meses de março a maio de 2020, já haviam sido gastos R\$227 milhões de um total de R\$1,039 bilhão contratado para instalação e gerenciamento de 63 (sessenta e três) hospitais de campanha. A seguir excerto da notícia do TCE-SP (cujo inteiro teor está disponível em <https://www.tce.sp.gov.br/6524-municipios-paulistas-investem-r-227-milhoes-instalacao-63-hospitais-campanha>):

Municípios paulistas investem R\$ 227 milhões na instalação de 63 hospitais de campanha

26/06/2020 – SÃO PAULO – Até o final de maio, 59 municípios paulistas – no interior, no litoral e na Região Metropolitana – investiram recursos para a montagem e a operação de hospitais de campanha para enfrentamento da pandemia da COVID-19. Levantamento realizado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP) aponta que, até o dia 31 de maio, já haviam sido gastos mais de R\$ 227 milhões para o funcionamento dessas estruturas.[...]

O gerenciamento dos hospitais de campanha, em 53,9% dos casos, é realizado por empresas terceirizadas. Os valores dos contratos firmados com as empresas que gerenciam as unidades atingem a cifra de R\$ 1.039.050.929,68. O restante – um percentual de 46% – é administrado pelas próprias Prefeituras.

Até o dia 3 de junho, data em que o levantamento do TCE foi finalizado, os hospitais dispunham de 439 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 1.599 leitos hospitalares e 1.179 leitos para pacientes em estágio de observação.

Tamanha foi a amplitude das contratações de hospitais de campanha, por vezes sem avaliação precisa da demanda de seus leitos mais onerosos, feita pelos entes subnacionais em todo o país, que o Conselho Nacional de Justiça emitiu, em 12 de maio de 2020, a Nota Técnica nº 24 (publicada no DJe/CNJ nº 135/2020, de 13/05/2020, p. 12-16, bem como disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3315>). A seguir excertos de relevo:

Nota Técnica CNJ Nº 24 de 12/05/2020

Dirige-se ao Poder Executivo Federal, aos Poderes Executivos Estaduais e Municipais e ao Procurador-Geral da República para manifestar-se pela adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da Judicialização da Saúde durante a pandemia da Covid-19.

III – PROPOSTA DE MODELO DE GESTÃO DA REDE DE SERVIÇOS PARA O COMBATE À EPIDEMIA COVID-19

Diante do que foi acima apresentado, o Conselho Nacional de Justiça apresenta a seguinte proposta sobre o uso racional de recursos hospitalares em uma pandemia como a Covid-19, nos seguintes termos:

[...]

Os Centros de Operações de Emergência Estadual devem ter todos os recursos necessários sob sua gestão para a resposta inicial das demandas, devem acionar e monitorar os planos de contingência dos hospitais de referência e monitorar seus recursos para esta crise, ou seja, o **gabinete deve enxergar os recursos para evitar sobrecarga de um único hospital do sistema e racionalizar a resposta.**

É crucial durante a crise ter uma gestão única da rede de serviços envolvida no atendimento à epidemia e o Estado e os Municípios que compõem uma Macrorregião de saúde como definido na Resolução CIT nº 37/2018 deverão se articular com os Estados e pactuar o acordo de gestão. Importante anotar que a UNIÃO também deve participar das decisões do COE para permitir a distribuição equânime das responsabilidades entre os gestores.

Recomenda-se a criação de gabinete específico de crise, formado pelos órgãos de controle da Administração Pública, como os Ministérios Públicos e os Tribunais de Contas.

Quando, e se, os recursos existentes estiverem esgotados, devem ser mobilizados recursos novos, tais como: estruturas hospitalares temporárias, abertura de novas estruturas dentro de hospitais existentes e novos hospitais.

A preferência neste momento deve se dar pela requisição/contratação de leitos não SUS pela rapidez e pela economicidade dessa ação em relação à construção de hospitais de campanha, mantendo-se, é claro, a utilização das estruturas já criadas.

Em relação à eventual necessidade de utilização de leitos adicionais, a Administração Pública conta com entidades privadas, com e sem fins lucrativos, que atendem pacientes em regime de complementariedade, como prevê o artigo 199 da Constituição Federal. Dos mais de 430 mil leitos de internação, 62% estão em instituições privadas e desses, 52% já são disponibilizados ao setor público. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2017, cerca de 60% das internações de alta complexidade do SUS foram realizadas por instituições privadas, grande parte delas filantrópicas.

Temos assim que grande parte dos procedimentos realizados no SUS já estão sob a responsabilidade de entidades que atendem esse sistema em regime de complementariedade, sendo a coexistência desses sistemas um dos pilares da sustentabilidade do SUS.

Isso posto, em antecipação a necessidades excepcionais, o Centro de Operações de Emergência Estadual deve preparar chamamentos públicos direcionados a hospitais privados com ofertas de custeio à operação. No entanto, **sem uma correta governança da crise ou sem que todas as estratégias de resposta tenham se esgotado, pode-se incorrer em uma utilização excessiva dos recursos, tais como utilização indevida de estruturas temporárias, ampliação desnecessária de leitos e recursos ou compra e mobilização equivocadas de leitos privados.** A crise precisa de um modelo de gestão adequado. **Somente se pode lançar mão de recursos extras ou expandidos se esgotados os recursos existentes. O escalonamento da crise tem que ser baseado em um modelo de gestão diário e com base em dados reais de demanda e capacidade.**

Se a capacidade de leitos à disposição do SUS estiver esgotada, e a rede assistencial privada não se interessar por um contrato público com o gestor do SUS, **os leitos deverão ser requisitados**, com base na Lei nº 13.079/2020 e no Decreto nº 10.283/2020.

Não podemos olvidar que há casos de alguns Estados e Municípios que, premidos pela urgência da situação, já criaram hospitais de campanha, **sem lançar mão da**

ampliação de leitos por meio de contratação ou de requisição da capacidade existente na rede privada. E, nesses casos, não há como desprezá-los, devendo ser utilizados, sem qualquer tipo de responsabilização aos gestores, pois agiram anteriormente à estipulação desse formato de governança, antecipando-se à crise e prevenindo o esgotamento dos leitos hospitalares e de UTI.

C – O Pós epidemia

Finalmente, além das medidas acima elencadas, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão estimular, dentro da estrutura do SUS de seus Estados, a **constituição de sistemas que integrem todos os recursos de saúde à disposição do SUS, criando um sistema de regulação do acesso aos serviços de gestão única e voltado para as regiões de saúde dos Estados.** Essa proposta está contida na Resolução CIT nº 37/2018, que acima se propôs utilizar para dar governabilidade aos comitês de crise. Essas regiões deverão ter, sob regulação estadual, todos os recursos próprios do Estados e dos Municípios ou contratados junto ao setor privado. Essas redes deverão ter como base pactos gerados nas comissões estaduais e serão a forma de criar acesso às redes de serviços secundários e terciários das regiões de saúde dos Estados. As redes estaduais que não obtiverem resolução de patologias nos seus Estados deverão pactuar na tripartite o acesso a esses serviços em outros Estados. Se necessário, utilizar-se-á o disposto na Lei nº 13.979/2020 e no Decreto nº 10.283/2020 para se permitir a estruturação do comando único.

Tal exemplo apenas evidencia que não se estabeleceu, no federalismo sanitário brasileiro, o rol de iniciativas que deveriam ser tomadas por cada nível de atuação (municipal, estadual e nacional), tampouco se cotejou, de forma transparente e econômica, todas as hipóteses de parceria com a iniciativa privada ao longo das demandas de contratação, em busca da resposta mais adequada para o erário e para a sociedade.

A pandemia da Covid-19 evidenciou uma escala vultosa de desorganização operacional no âmbito do SUS, amparada – pela excepcionalidade e urgência da calamidade sanitária – por regras flexibilizadas de contratação e prestação de contas.

Segundo o TCE-SP (<https://www.tce.sp.gov.br/6524-combate-covid-19-prefeituras-contratam-r-1-bi-sem-licitacao>), “até o final de maio [de 2020], [...] a soma de todos os contratos feitos com dispensa de licitação para enfrentamento da COVID-19 alcançou R\$ 1.018.894682,77.” Ora, certamente a maioria desses contratos foi necessária e aderente à finalidade que lhe justificou a celebração, mas a falta de coordenação nacional em torno de um planejamento sanitário objetivo e pactuado entre todos os níveis da federação pode ter ampliado a ocorrência de despesas superpostas e potencialmente danosas ao erário.

Vale lembrar que 2020 foi ano de eleições municipais, o que majorou o risco de má aplicação dos recursos do SUS por meio de contratos supostamente destinados ao enfrentamento da calamidade sanitária (tal como noticiado em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/05/11/compras-emergenciais-sao-investigadas-em-11-estados.htm>, [21](https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-06/pf-apura-desvio-na-compra-de-</p></div><div data-bbox=)

[respiradores-no-amazonas, <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/06/pf-cumpre-mandados-de-busca-e-apreensao-em-sp-em-operacao-que-apura-desvio-de-recursos-da-saude-em-meio-a-pandemia.ghtml>, <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/07/02/policia-faz-buscas-em-operacao-que-apura-irregularidades-em-compra-de-testes-de-coronavirus-pelo-governo-do-df.ghtml>](https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/06/pf-cumpre-mandados-de-busca-e-apreensao-em-sp-em-operacao-que-apura-desvio-de-recursos-da-saude-em-meio-a-pandemia.ghtml) e <https://noticias.r7.com/brasil/em-1-ano-pf-investiga-mais-de-r-2-bi-em-supostos-desvios-da-covid-21042021>).

II.2 – Uma breve retomada do 2º semestre de 2020

O 2º semestre do ano passado foi marcado por três grandes fluxos de tensões:

- eleições municipais em 15 de novembro (vale lembrar que o próprio Secretário-Executivo do Ministério da Saúde chegou a associar, ao menos parcialmente, o recrudescimento da pandemia ao ciclo eleitoral local, como se pode ler em <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/11/4891768-saude-atribui-aumento-de-casos-de-covid-19-a-eleicoes-municipais.html>);
- acirrado impasse orçamentário nos debates do PLDO/2021 e do PLOA/2021 da União diante da opção pela curta vigência do regime excepcional do Orçamento de Guerra (expirado em 31 de dezembro de 2020) e pela retomada do teto dado pela Emenda 95/2016 no segundo ano de enfrentamento à pandemia. Tal projeção fiscal no âmbito do SUS foi questionada pelo Conselho Nacional de Saúde na sua Recomendação nº 49, de 02 de julho de 2020; bem como na sua Recomendação nº 71, de 11 de dezembro de 2020, respectivamente relativas à indicação de medidas corretivas de gestão para o Ministério da Saúde a partir da análise dos Relatórios de Prestação de Contas do 1º e do 2º quadrimestres de 2020 (ambas as Recomendações constam do Anexo 4 que acompanha este relatório). E, por fim,
- inadequada avaliação da capacidade de oferta do mercado internacional diante da subestimativa das demandas mundial e interna brasileira feitas pelo governo federal para fins de contratação tempestiva e suficiente de vacinas, tal como bem diagnosticaram o Instituto de Direito Sanitário – IDISA e a Associação Brasileira de Economia da Saúde – AbrES em representação feita ao TCU e ao

MPF (disponível em <https://www.conjur.com.br/dl/responsabilidade-civil-denuncia.pdf>).

Ao longo desse período, o Tribunal de Contas da União promoveu novos relatórios de acompanhamento sobre a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia nos autos do TC 014.575/2020-5, onde, direta ou indiretamente as tensões acima arroladas foram analisadas.

Nos Acórdãos 1888, 2817 e 4049/2020-Plenário, julgados respectivamente em 22 de julho, 21 de outubro e 8 de dezembro, restou claro o diagnóstico de frágil coordenação nacional e de ausência de planejamento tático-operacional para cumprir – de fato – as diretrizes do Plano de Contingência Nacional para a Covid-19, conforme evidenciado pela tabela abaixo:

Relatório, respectivo Acórdão e data	Acompanhamento pelo Tribunal de Contas da União no TC 014.575/2020-5 acerca da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19
2º Relatório (Acórdão 1888/2020, julgado em 22/07/2020)	<u>Excertos do Relatório</u> “essa <u>descontinuidade, aliada à troca de dois Ministros da Saúde durante a pandemia, juntamente com a alteração de grande parte da equipe técnica, expôs uma grande fragilidade na governança do Ministério da Saúde</u>, que precisará ser enfrentada para capacitar o órgão para desafios como o da Covid-19. Para além desse fato, a existência de instancias diversas no âmbito do Ministério para tratamento do mesmo tema sem a devida divisão de competência e atribuições implica o risco de omissão de responsabilidades ou duplicidade de comando e aumento do custo da máquina pública. [...] Ao se avaliar a operacionalização do plano, <u>salta aos olhos a ausência no documento de elementos essenciais para um bom plano de ação</u>, como responsabilidades, prazos, áreas envolvidas nas operações, sistemas informatizados a serem utilizados, estimativa de custos, e outras características importantes para a sua execução. [...] decorridos mais de três meses do início do presente acompanhamento, ainda <u>não foi possível</u>, em função da insuficiência de informações disponibilizadas, <u>identificar a estratégia de aquisições do Ministério da Saúde no combate à Covid-19</u>, tampouco a <u>estratégia de logística e distribuição dos insumos e materiais adquiridos</u>. [...] até a presente data, praticamente cinco meses após a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188 de 3/2/2020, e como dito em seção anterior deste relatório, são desconhecidos os critérios para transferência de recursos financeiros e para distribuição de insumos adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde. É importante reforçar que até hoje não existe um cenário claro de como a pandemia irá evoluir no território nacional. Diversos modelos preditivos se mostraram inconsistentes e isso maximiza a necessidade de que as instâncias gestoras do SUS fortaleçam sua estrutura de governança montada para o combate à crise gerada pelo Covid-19, conforme proposta feita na Seção II deste relatório, e busquem critérios técnicos e objetivos para alocar os seus recursos no combate à pandemia. [...] A baixa execução financeira no tocante às transferências fundo a fundo chamou a atenção da equipe do acompanhamento e do Ministério Público Federal, que instaurou inquérito civil com a finalidade de apurar possível <u>insuficiência e lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde na ação 21C0 e omissão no socorro financeiro aos Estados e Municípios para o enfrentamento da pandemia</u> causada pelo novo coronavírus [...] carece de explicação a baixa execução orçamentária das transferências fundo a fundo, motivando a proposta de determinação para que o Ministério da Saúde apresente a lógica de financiamento dos fundos estaduais e

	municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos [...] No tocante à execução das despesas pelo Ministério da Saúde na modalidade de aplicação direta, <u>persistem os mesmos problemas identificados nos primeiros meses do acompanhamento:</u> ausência de informações concretas sobre o critério de distribuição de insumos e equipamentos e apresentação de informações genéricas para fundamentar os quantitativos de insumos e equipamentos a serem adquiridos, no sentido que as aquisições foram definidas com bases em critérios epidemiológicos, por exemplo, sem apontar quais ou apresentar qualquer memória de cálculo.” <u>Medidas adotadas no Acórdão</u> 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 <u>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;</u> 9.1.2. <u>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) ;</u> 9.1.3. adapte o funcionamento do GEI-ESPII aos normativos de regência do órgão, disciplinando a sua atuação coordenada com o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, conforme as diretrizes de governança pública; 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. <u>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</u>, 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 <u>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) ;</u> 9.2.2. informe como se deu a <u>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</u> 9.2.3. apresente <u>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) ;</u> 9.3. recomendar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias a contar da ciência desta deliberação, <u>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);</u>
	<u>Excertos do Relatório</u> “[...] as evidências até o momento colhidas pela equipe do acompanhamento não demonstram o cumprimento da determinação do subitem 9.1.1 do acórdão em tela, visto que nesse ciclo de fiscalização não foi constatado aprimoramento das atribuições desse comitê relacionadas ao escopo desta fiscalização. Não se verificou articulação do COE-nCoV com os Estados, DF e Municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para Covid-19 e para elaboração dos planos tático-operacionais. [...]

3º Relatório (Acórdão 2817/2020, julgado em 21/10/2020)	Sem a definição de ações, prazos, responsáveis, atividades, procedimentos, etapas, estimativas de custo, sistemas informatizados, público alvo (elementos que deveriam constar de planos tático-operacionais), é inviável avaliar as diretrizes, a estratégia do Ministério da Saúde para conter a pandemia causada pelo novo coronavírus, a exemplo do que deveria ser feito, por quem, em quais prazos e situações, com quais objetivos e recursos. [...] Em termos absolutos, observa-se <u>expressivo incremento no valor repassado aos municípios, que variou de R\$ 5,71 bilhões para R\$ 19,56 bilhões no período considerado.</u> [...] A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e, até o momento, <u>não conseguiu acesso a planos ou documentos afins que identifiquem e formalizem de forma clara a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização.</u> [...] observa-se, uma vez mais, a <u>insuficiência das informações prestadas pelo Ministério da Saúde.</u> As respostas foram apresentadas de forma agregada e, apesar de informarem parcialmente o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, <u>não apresentam os desdobramentos em planos estratégicos e operacionais ou documentos afins.</u> Por esses motivos, ainda <u>não é possível evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto.</u> [...] <u>não é possível uma análise acurada da execução das transferências intergovernamentais, dado o caráter de generalidade das respostas do Ministério acerca da lógica de financiamento dos entes subnacionais.</u> [...] No entanto, <u>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.</u> A título de comparação, a Fiocruz, sob as mesmas condições inerentes à presente crise de saúde, desenvolveu plano estratégico específico para o enfrentamento da pandemia no qual resta demonstrado o caminho a ser percorrido pela entidade, inclusive com a previsão, em documento relacionado ao plano estratégico, das ações a serem realizadas e os custos correspondentes com a devida alocação do orçamento para o desenvolvimento [...] [...] 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 <u>qual fórmula foi utilizada para, a partir desses diversos indicadores, chegar aos valores constantes dos anexos da portaria.</u> De igual modo, não foram explicitadas algumas questões sensíveis, pois não foi informado, por exemplo, se o piso da atenção básica contempla recursos transferidos a agentes comunitários de saúde, se a produção de média e alta complexidade contempla a produção informada por instituições privadas sem fins lucrativos vinculadas a estados ou municípios, bem como por qual forma foram obtidos os dados da taxa de incidência de Covid-19 nas diferentes unidades federadas. Na prática, <u>esse déficit na publicidade de critérios impede o controle social sobre as transferências,</u> pois é impossível a um cidadão comum replicar os cálculos realizados pelo Ministério da Saúde, o que por si só ofende as diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011, bem como <u>permite que sejam ventiladas teses de que os valores transferidos pelo Ministério da Saúde não estejam pautados exclusivamente por critérios técnicos, a exemplo de uma possível conveniência política.</u> [...] A dúvida quanto ao quantitativo necessário de insumos para testes a ser adquirido pelo Ministério confirma o que a equipe do acompanhamento vem relatando sobre a <u>falta de planejamento nas ações de enfrentamento à Covid-19, a ausência de articulação com os gestores estaduais e municipais e mais recentemente sobre a indefinição em relação à política de testagem</u> [...] <u>Uma estratégia que poderia ter sido estabelecida para a contratação dos principais itens relacionados ao combate da pandemia, como respiradores e testes, é o Sistema de Registro de Preços Nacional, nos moldes do realizado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Nesse caso, a execução da ata por parte dos entes federativos poderia, eventualmente, ter sido utilizada como um dos critérios para a transferência dos recursos.</u>
---	--

	<u>Entretanto, não seria necessário vincular a execução da ata ao recurso transferido, a exemplo do que faz o FNDE. O ente estatal possui liberdade para contratar com recurso próprio, recurso transferido ou recurso proveniente de emenda parlamentar.</u> [...] Cabe aqui registrar como boa prática a atuação do Conass e Conasems, que realizaram o rápido levantamento de dados do estoque e do consumo médio mensal dos medicamentos de intubação, sedação e anestésicos utilizados pelos estados e municípios e, ainda, realizaram o monitoramento dessas informações para a distribuição desses itens. [...] 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, <u>uma quantidade relevante apresentou índices de execução inferior a 50%, o que pode ser um indicio de dificuldades para execução dos orçamentos em saúde durante a pandemia.</u> [...] A pandemia de Covid-19 trouxe à tona a falta de transparência das aquisições dos entes subnacionais, em flagrante descumprimento aos referidos dispositivos. A falta de transparência, em muitos casos, pode ajudar a encobrir eventuais desvios na aplicação dos recursos, em um contexto de emergência de saúde pública, com elevados reflexos econômicos e sociais para o país. [...] o Ministério <u>previu a realização de 24 milhões de testes RT-PCR</u> até janeiro de 2021 e informou que a capacidade diária de testagem, incluindo os Lacens, é de 68.170 amostras por dia. Entretanto, com essa capacidade, seriam necessários 352 dias para a realização dos testes. A avaliação da viabilidade do cumprimento da meta no prazo estipulado resta inviabilizada sem a apresentação de informações quanto à estimativa de ampliação da capacidade de testagem, por meio da parceria com laboratórios privados ou por meio da ampliação da capacidade dos laboratórios públicos. Por sua vez, <u>a avaliação da política de testagem do Ministério também restou inviabilizada pela ausência de informações relativas ao planejamento, execução e acompanhamento das ações exigidas para cumprimento da política.</u> [...] [...] é possível afirmar que <u>o Ministério não possui uma estratégia minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia.</u> Essa falta de planejamento resta também evidenciada nas aquisições, nas descentralizações de recursos, na política de testagem e na atuação das estruturas de governança criadas para o combate à crise. As respostas do Ministério da Saúde à diligência determinada no item 9.2 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário, relativa à lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde, bem como quanto à definição da estratégia de aquisições para o combate à Covid-19 (Seção III. Aspectos Orçamentários e Financeiros), apenas informaram superficialmente o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, não tendo sido apresentados desdobramentos em planos estratégicos e operacionais ou documentos afins, não sendo possível evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto. Admite-se que, em um primeiro momento, o cenário era de imprevisibilidade, o que impossibilitava a definição cirúrgica das ações a serem implementadas. No entanto, decorridos <u>mais de oito meses da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional</u>, por meio da Portaria GM/MS 188/2020, era de se esperar, a esta altura, 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. [...] Quanto às estruturas de combate à crise, nas avaliações dos processos de aquisição e na elaboração da política de testagem, não há informação de qualquer tipo de atuação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, o <u>mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.</u> [...] Neste terceiro ciclo do acompanhamento foi possível verificar, outrossim, que a dificuldade do acompanhamento dos gastos dos Estados, Distrito Federal e Municípios com a pandemia, decorre, entre outros fatores, de deficiências na alimentação de dados no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Seção VII. Da execução das despesas para o enfrentamento da covid-19 pelos entes federados), além da própria periodicidade estabelecida para inserção dos dados (Seção X. Transparência).
--	---

	[...] Na análise das aquisições do Ministério da Saúde, além das deficiências no planejamento, a equipe constatou problemas na transparência dos processos de compra e no monitoramento e avaliação pelos controles interno e externo, em razão da utilização de diferentes sistemas eletrônicos para instrução e condução dos processos administrativos de contratações.” <u>Excertos do Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler</u> “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. A primeira é o <u>Comitê de Crise</u> 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. A segunda é o <u>Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN)</u>, instituído por meio do Decreto 10.211/2020, formado por nove membros, sendo oito ministros de estado, e coordenado pelo Ministério da Saúde. No bojo do segundo relatório de fiscalização, constatou-se a <u>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</u>. [...] 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: [...] 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 <u>desconhecimento da estratégia e do planejamento das ações de enfrentamento da crise no âmbito da pasta ministerial</u>. A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e, até o momento, <u>não conseguiu acesso a planos ou documentos afins que identifiquem e formalizem de forma clara a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização</u>. [...] Contudo, a unidade técnica apontou o <u>caráter de generalidade da resposta</u> que, apesar de <u>informar parcialmente</u> o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, <u>não apresenta os desdobramentos em planos estratégicos e operacionais</u>. 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, <u>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</u>. Planejamentos indicando o levantamento das necessidades futuras de insumos, equipamentos e medicamentos, formas de aquisição e critérios de distribuição, com os respectivos cronogramas <u>não foram apresentados</u>. [...] Vislumbra-se claramente uma priorização dos municípios menores, com uma tendência que recebam maiores valores per capita. [...] 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). 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 [...]
--	---

	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. [...] A respeito das múltiplas iniciativas para a busca pela vacina, vale considerar que mesmo que todas sejam bem sucedidas, <u>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.</u> [...] 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, <u>sem que tenha havido um prévio planejamento centralizado.</u> [...] Ou seja, o Brasil se encontra entre os países que mais sofreram com a doença consoante o levantamento de mortes per capita. [...] Nessa linha, entendo que <u>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.</u> A ausência de uma política nacional de testagem impede um adequado monitoramento da evolução da doença na sociedade com as consequências daí decorrentes. 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). Some-se a esses tópicos a <u>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.</u> Outro fator apontado no bem elaborado relatório da unidade técnica foi a <u>falta de uma estratégia de planejamento nacional para o enfrentamento da pandemia.</u> 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. [...] 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.” <u>Medidas adotadas no Acórdão</u> “9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação: 9.1.1. 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 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) : 9.1.1.1. informar as medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e pela população geral; 9.1.1.2. 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 9.1.1.3. disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação; 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; 9.1.2.5. garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes. 9.1.3. nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, elabore 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; 9.1.4. nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilize em site específico as informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal; 9.1.5. dê publicidade por meio digital dos entes subnacionais que não tenham disponibilizado tempestivamente os dados de execução de despesas em saúde por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (art. 39 da Lei Complementar 141/2012), bem como dê ciência do fato aos conselhos de saúde responsáveis por fiscalizar os referidos entes, por força do art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990; 9.1.6. instrua todos os processos de aquisição de insumos estratégicos para saúde no Sistema Eletrônico de Informações SEI/MS, conforme exigido pela Portaria GM/MS 900/2017; 9.2. determinar à Fundação Oswaldo Cruz, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação: 9.2.1. nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilize em site específico as informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal, inclusive o contrato de Encomenda Tecnológica firmado com o Laboratório AstraZeneca; 9.3. recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que,: 9.3.1. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, 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 inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, no art. 35 da Lei 8.080/1990 e no art. 17 da Lei Complementar 141/2012; 9.3.2. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, 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, considerando diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011 e o disposto no art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017; 9.3.3. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, envide esforços junto aos Conselhos de Saúde responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente, conforme art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1999, para destacar a importância de se efetuar o devido registro no sistema e-SUS VE/Notifica, dando a necessária publicidade à identificação dos entes subnacionais que não o estejam fazendo; 9.3.4. no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação, dê ampla transparência em seu site às iniciativas relativas à vacina da Covid-19 existentes no país, indicando, entre outras informações, qual o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e as tratativas para incorporação dos produtos no Programa Nacional de Imunizações, nos termos dos arts. 3º e 4º da Lei 6.259/1975 e da Lei 12.527/2011; 9.3.5. no prazo de sessenta dias contados da ciência desta deliberação que elabore em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, plano de ação com vistas a possibilitar que o sistema de registro eletrônico centralizado de que trata o art. 39 da Lei Complementar 141/2012 atenda ao disposto no art. 48, § 1º, incisos II e III, c/c o art. 48-A, incisos I e II, da Lei Complementar 101/2000, de modo que, sem prejuízo das atuais funcionalidades, possibilite: 9.3.5.1. disponibilização, em tempo real, de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde; 9.3.5.2. no que tange às despesas, identificação do bem fornecido ou do serviço prestado, da pessoa física ou jurídica beneficiária do pagamento, com a identificação do respectivo número
--	--

	de Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, e, quando for o caso, do procedimento licitatório realizado; 9.3.5.3. no que tange às receitas, todos os lançamentos e recebimentos das unidades gestoras, inclusive referentes a recursos extraordinários. 9.4. recomendar à Fundação Oswaldo Cruz, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação: 9.4.1. dê ampla publicidade à Encomenda Tecnológica celebrada com o Laboratório AstraZeneca, observando as diretrizes estabelecidas pelo art. 3º da Lei 12.527/2011; 9.5. dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 que: 9.5.1. os critérios de transferências de recursos para enfrentamento da pandemia de Covid-19, constantes do art. 2º da Portaria GM/MS 1.666/2020, não foram apresentados de modo a suficientemente indicar como foi feito o rateio de recursos entre os diversos entes subnacionais, o que impossibilita o controle social sobre as transferências e afronta as diretrizes constantes do art. 3º, incisos I, II, IV e V, da Lei 12.527/2011; 9.5.2. utilizar a incidência de Covid-19 como critério para transferência de recursos, com base em dados declarados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, pode incentivar a supernotificação do número de casos da doença, devendo, na medida do possível, serem confirmados os dados apresentados pelos entes subnacionais; 9.5.3. é necessário documentar e tornar públicas todas as alterações realizadas nas bases de dados relativas aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, de modo a dar efetividade aos princípios e diretrizes constantes do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.”
4º Relatório (Acórdão 4049/2020, julgado em 08/12/2020)	<u>Excertos do Relatório</u> “A equipe registrou não ter verificado ajustes na estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para enfrentamento da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença [...] Em relação à elaboração dos planos tático-operacionais (item 9.1.5), a equipe registrou a resposta do Ministério da Saúde, segundo a qual o COE deu início à revisão do Plano de Contingência e à condução do processo de elaboração dos planos táticos para os itens apontados no acórdão. A equipe destacou ainda que a resposta do Ministério da Saúde evidencia a <u>ausência de uma estratégia federal minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia</u> e, diante das informações relativas à elaboração dos mencionados planos, também considerou a determinação em cumprimento. [...] Sobre o planejamento, foi relatado que o Plano de Contingência Nacional estava em revisão e que os planos tático-operacionais estavam sendo elaborados pelas áreas técnicas do MS, e em relação às atribuições do COE e alteração da gestão, informaram que a nova portaria estava em vias de ser publicada e encontrava-se no gabinete do Ministro para aprovação. [...] as <u>mesmas respostas tinham sido apresentadas pelo Ministério da Saúde, em 25/8/2020</u> [...] é possível resgatar a afirmação do terceiro relatório de acompanhamento, segundo o qual a <u>ausência dos documentos demonstra a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia.</u> [...] A elaboração dos planos de contingência nacional e planos tático-operacionais não assegura a efetividade da ação governamental no combate à pandemia, mas seria um <u>indicativo da existência de uma estratégia para a contenção dos efeitos da pandemia</u>, sendo necessário, na verdade, que o Ministério da Saúde realmente implemente as ações necessárias para a <u>operacionalização dos planos.</u> Caso o Ministério da Saúde realmente não entenda como sua a função de elaboração dos planos tático-operacionais, determinada por meio dos itens 9.1.5 do Acórdão 1.888-TCU-Plenário e 9.1.2 do Acórdão 2.817-TCU-Plenário, deverá recorrer da medida, pois <u>o descumprimento, sem justificativa, das determinações do Tribunal pode gerar a responsabilização dos gestores do Ministério.</u> [...]

	Uma avaliação mais aprofundada sobre a necessidade de celeridade dos processos atuais de contratação e sobre a decisão do MS em relação à aquisição de EPIs e respiradores resta inviabilizada devido à ausência de um plano logístico para a Covid-19 elaborado pelo Ministério em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios, com previsão de diferentes cenários para a evolução da pandemia, definindo responsabilidades para a aquisição; itens a serem contratados; quantidade; prazos de execução e estimativa de valores; avaliação do estoque existente dos equipamentos e insumos. Sobre esse assunto, nunca é demais ressaltar que o planejamento é ferramenta fundamental para o trabalho do gestor, como já alertado anteriormente por esta equipe. No caso das atividades logísticas, é essencial para redução de perdas desnecessárias e para evitar desabastecimentos. [...] a ausência de iniciativas do Ministério da Saúde para esclarecer a população em relação a essas iniciativas e também em relação às incertezas relacionadas à definição do público alvo e à estimativa de início da aplicação da vacina. [...] Este quarto ciclo de acompanhamento das ações do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus <u>não</u> apresenta constatações diferentes dos relatórios anteriores no tocante à deficiência do planejamento das ações da pasta no tocante ao tema. Os representantes do Ministério da Saúde <u>não</u> compreendem como função da Pasta a articulação com os entes subnacionais para a elaboração de um plano nacional de combate à pandemia, respeitando as particularidades locais ou a elaboração de planos tático-operacionais (seção II). Desta forma, o Ministério da Saúde, após ter, no início da pandemia, adquirido e distribuído equipamentos de proteção individual e respiradores, ainda que <u>em total desarticulação com os entes subnacionais</u> (seção V), passou a agir, em relação às compras, por demanda desses, como no caso da aquisição dos kits anestésicos e testes para detecção de Covid-19 (objeto do terceiro relatório) e, mesmo no caso da aquisição de testes por demanda, há risco de perda de aproximadamente 6 milhões de testes, em razão da possível perda da validade antes mesmo da distribuição aos Estados (seção VIII) A avaliação das ações da Pasta, da necessidade de novos processos de compra e da celeridade que deve ser dada a esses processos resta prejudicada diante <u>da ausência de planejamento do Ministério</u> (seção IV).” <u>Excertos do Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler</u> “[...] a SecexSaúde <u>não</u> verificou, até o fechamento do relatório, em 26/11/2020, a publicação do Plano de Contingência Nacional revisado. [...] cabe repisar a conclusão, exposta no terceiro ciclo de acompanhamento, de que a ausência dos documentos demonstra a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia. [...] a situação de desabastecimento dos medicamentos para intubação não resta solucionada, permanecendo necessária a atuação conjunta do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) enquanto perdurar a pandemia do novo coronavírus, com vistas ao monitoramento dos estoques e ao auxílio aos Estados e aos Municípios e ao DF para a aquisição desses itens;” <u>Medidas adotadas no Acórdão</u> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias, observando as disposições da Lei 12.527/2011, divulgue em seu site as seguintes informações sobre o Grupo de Trabalho instituído pela Resolução 8, de 9/9/2020, da Casa Civil, sobre a Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis constituída no âmbito do PNI e sobre outros mecanismos existentes ou que venham a ser constituídos no âmbito do Ministério da Saúde para deliberar ou assessorar acerca das ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina contra a Covid-19: <u>instrumento de instituição, relação dos membros, competências, calendário de reuniões, pautas, atas de reuniões realizadas e deliberações, observado o sigilo da informação somente naquilo que for necessário para a segurança da sociedade e do Estado;</u> 9.2. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, e tendo por base as referências das experiências internacionais e nacionais apontadas
--	--

	na seção VI, que avalie 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, observada a proteção aos dados pessoais, na forma da Lei 13.709/2018;
--	--

Os dados do TCU evidenciam a frágil compreensão do Ministério da Saúde acerca do seu papel de coordenação federativa da crise pandêmica no território nacional, o que foi agravado, de certa forma, pela polarização político-partidária decorrente do calendário eleitoral municipal.

Nesse cenário, merece atenção e investigação adicional a considerável expansão dos repasses feitos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde em quase R\$14 bilhões no 2º semestre do ano passado, enquanto houve redução no volume de recursos destinados aos fundos estaduais e à aplicação direta pelo próprio Ministério, conforme se depreende do seguinte excerto do 3º Relatório de acompanhamento realizado nos autos do TC 014.575/2020-5 (apreciado no âmbito do Acórdão TCU 2817/2020-Plenário):

53. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente, cuja consolidação dos dados foi realizada em 25/6/2020, relevante incremento das dotações destinadas aos fundos municipais de saúde (41) e a diminuição das dotações para aplicação direta (90) e para os fundos estaduais de saúde (31), indicando o remanejamento das dotações entre essas modalidades de aplicação.

[...]

64. Em termos absolutos, observa-se expressivo incremento no valor repassado aos municípios, que variou de R\$ 5,71 bilhões para R\$ 19,56 bilhões no período considerado. (grifos acrescidos ao original)

É preciso, pois, que sejam apreciados conjuntamente (1) essa destacada expansão de repasses aos fundos municipais de saúde em período relativamente próximo às eleições locais; (2) as denúncias de liberação de emendas parlamentares em uma espécie de “Orçamento Secreto” que teria afetado também a execução orçamentária do Ministério da Saúde no 2º semestre de 2020 (como se pode ler em <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,governo-destina-r-2-1-bi-via-orcamento-secreto-para-saude,70003768723>); assim como (3) o controverso impasse fiscal na tramitação do projeto de orçamento anual da União para 2021, sem prorrogação do Orçamento de Guerra previsto na Emenda 106/2021, cujo resultado mais dramático foi a permissão abusiva que o Executivo federal pudesse contar, de modo inconstitucional, com créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis no 2º ano de enfrentamento à pandemia.

Como noticiado pela Folha em <https://www1.folha.uol.com.br/amp/poder/2021/07/pazuello-diz-a-aliados-que-sofreu-pressao-de-lira-e-ramos-para-liberar-dinheiro-ao-centrao.shtml>:

O ex-ministro da Saúde Eduardo Pazuello disse a aliados que foi pressionado pelo presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), e pelo ministro da Casa Civil, Luiz Eduardo Ramos, a distribuir verbas para apoiadores do Palácio do Planalto. A base do governo no Congresso é formada por partidos do chamado centrão.

A ofensiva sobre o ministério buscava o repasse de recursos que restavam no Orçamento no fim de 2020. A ideia seria contemplar acordos feitos entre a gestão Jair Bolsonaro e o bloco do centrão.

A divergência foi exposta nas entrelinhas do discurso de despedida de Pazuello do ministério. Na ocasião, ele ligou a saída do ministério a pedidos negados por "pixulé". "Chegou no final do ano uma carreata de gente pedindo dinheiro politicamente. O que fizemos? Distribuímos todo o recurso do ministério. Foi outra porrada, porque todos queriam um pixulé no final do ano", disse o general em 24 de março.

Segundo autoridades que acompanharam as discussões, um dos conflitos ocorreu quando a Saúde recebeu listas de estados e municípios que deveriam obter cerca de R\$ 830 milhões em verbas de emendas do relator —ou seja, indicada pelo Congresso. Assinados pelo relator do Orçamento daquele ano, o deputado Domingos Neto (PSD-CE), os ofícios foram elaborados com aval de Ramos, então ministro da Segov (Secretaria de Governo), segundo apurou a **Folha** com congressistas que acompanharam as discussões.

[...]

O orçamento das emendas de relator superou R\$ 20 bilhões em 2020. Do montante, cerca de R\$ 3,9 bilhões foram para o Ministério da Saúde. Diferentemente de outros tipos de emendas, em que há cota delimitada para cada congressista, o recurso nas mãos do relator do Orçamento é distribuído conforme arranjos políticos.

[...]

O TCU (Tribunal de Contas da União) aprovou as contas de 2020 de Bolsonaro, mas fez 28 ressalvas, sendo parte delas voltadas à melhoria da transparência com as emendas de relator-geral.

O tribunal orientou que o governo Bolsonaro dê ampla publicidade aos documentos encaminhados aos órgãos federais que embasaram as demandas parlamentares em 2020 para a distribuição dessas verbas.

O TCU também recomendou que as emendas de relator-geral passem a ser registradas em plataforma eletrônica com acesso público, com garantia de comparabilidade e rastreabilidade de pedidos e sua respectiva execução.

Cumprе reiterar que o Conselho Nacional de Saúde insistentemente alertou, ao longo do 2º semestre de 2020, sobre a insuficiência no orçamento federal de 2021 de custeio adequado para o SUS em plena pandemia (<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1676-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-do-legislativo-e-executivo-sobre-a-incompatibilidade-do-orcamento-do-sus-em-2021>)

O orçamento da saúde foi aprovado com valores equivalentes ao do piso federal do SUS do ano de 2017 (atualizados pela inflação do período). Isto significa a retirada de cerca de R\$ 60 bilhões em comparação ao valor do orçamento de 2020, acrescido dos créditos extraordinários para suprir necessidades da Covid-19. Trata-se usar a mesma lógica que permitiu encerrar o estado de calamidade pública em 31 de dezembro de 2020, ou seja, de que não há mais necessidade de recursos para Covid-19 em 2021.

A proposta orçamentária elaborada pelo Governo Federal em agosto de 2020, em plena pandemia da Covid-19, [...] desconsiderou, de modo irreal e irresponsável, as necessidades de aquisição de vacinas, kits diagnósticos e insumos; de sustentabilidade e manutenção dos serviços prestados pelo SUS, como leitos clínicos e de UTI, equipamentos médicos, atendimento de sequelas da Covid-19, demanda reprimida de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Ignorou, pois, todas as ações de garantia da vida das pessoas — direito

constitucional fundamental, inalienável, que não pode ser violado — em nome do teto de gastos da EC 95.

Mais grave ainda foi o Congresso Nacional, representante da sociedade, ter votado o orçamento, em 25 de março deste ano, assentindo com o gravíssimo erro do Governo Federal, **mantendo de modo fictício e irresponsável o financiamento federal do SUS no nível semelhante ao piso de 2017**, ano em que o país não amargava o luto pela morte de mais de 320 mil cidadãos e tinha uma população menor que a atual. Tudo isso está sendo feito em nome do ajuste fiscal, demonstrando que entre a vida do cidadão e a austeridade fiscal, prevaleceria o corte geral de gastos públicos 'custe o que custar'.

[...] No estágio atual da pandemia, a taxa de ocupação de leitos acima de 95% em quase todo o país, gerando um colapso no sistema assistencial à saúde da população, demonstrando que a emergência sanitária ainda persiste e que a pandemia irá se arrastar no ano em exercício e seus reflexos serão sentidos ainda nos próximos anos. Importante alertar que não se poderá admitir, por absolutamente inconstitucional, a **emissão de créditos extraordinários para financiar as ações de enfrentamento a Covid-19, por não mais se tratar de uma das situações imprevisíveis**, conforme disposto na Constituição Federal. (grifos acrescentados ao original)

A correlação entre as variáveis acima enseja reflexão sobre os prejuízos sanitários causados pela captura político-partidária de uma falseada tese de restrição fiscal em plena pandemia. Eis o impasse estrutural que a Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento denunciou acerca da inconstitucionalidade e da inexequibilidade da LOA-2021 (nota disponível em <https://www.assecor.org.br/noticias/noticias-assecor/nota-publica-da-associacao-dos-sevidores-da-carreira-do-planejamento-e-orcamento-assecor-sobre-aprovacao-da-loa-2021/>), cujos excertos mais relevantes seguem transcritos:

O Orçamento da União para 2021, aprovado pelo Congresso Nacional com 3 meses de atraso, tem recebido críticas que merecem a atenção de todos os brasileiros. **Três aspectos precisam ser ressaltados: i. as dotações orçamentárias são insuficientes para a manutenção da máquina pública e das políticas públicas já existentes; ii. diante do momento mais crítico da pandemia da Covid-19 no Brasil, sequer foram mantidos no orçamento deste ano os montantes de recursos disponibilizados em 2020 para as áreas de saúde e assistência social; e iii. a criatividade utilizada para reservar recursos para as programações orçamentárias de interesse dos parlamentares evidenciou como o emaranhado de regras fiscais atual favorece a realização de manobras contábeis e dificulta o controle social sobre o uso dos recursos públicos.**

A obsessão pela redução dos gastos públicos e a priorização do cumprimento de metas fiscais de curtíssimo prazo, insensíveis aos ciclos econômicos e às necessidades sociais, estão impedindo o Estado brasileiro de cumprir adequadamente com suas atribuições constitucionais, o que acaba se refletindo nas leis orçamentárias. Nesse sentido, a maioria parlamentar que tem pautado as decisões do Congresso na área de finanças públicas é tão responsável pela catástrofe que estamos vivendo quanto os ideólogos do corte permanente de gastos como método de governo.

[...] Os recursos alocados ao pagamento dos benefícios previdenciários e do seguro-desemprego retirados da LOA 2021 terão que ser repostos por serem despesas obrigatórias. E como isso se dará? Por meio de créditos orçamentários adicionais que exigirão a realização de cortes ainda maiores nas despesas discricionárias.

Para não descumprir o teto de gastos, despesas discricionárias, como os insuficientes recursos hoje destinados à proteção ambiental e à pesquisa científica, precisarão ser canceladas. O censo, fundamental para o planejamento e a orçamentação das políticas públicas, já havia sido reconfigurado para custar menos e agora será inviabilizado pela

falta de recursos. É razoável o Congresso Nacional aprovar o orçamento subestimando gastos obrigatórios para encaixar despesas discricionárias que depois terão que ser contingenciadas a fim de cumprir as regras fiscais que este mesmo Congresso aprovou anteriormente?

Temos reiteradamente manifestado a urgência de substituímos as inexecutáveis e contraditórias regras fiscais atuais por um arcabouço institucional que permita que os Planos Plurianuais, as Leis de Diretrizes Orçamentárias e as Leis Orçamentárias Anuais cumpram suas funções de permitir o planejamento democrático do gasto público, inclusive e especialmente em situações trágicas como a que passa atualmente o País. (grifos acrescentados ao original)

O 2º semestre de 2020 revelou, de forma cristalina e dramática, que a crise sanitária foi agravada pelo impasse fiscal, que, por seu turno, permitiu acordos patrimonialistas de curto prazo eleitoral.

O modelo fiscal ideal para o Brasil país passa pela integração entre planejamento e orçamento tanto em tempos ordinários, quanto extraordinariamente em face da Covid-19, até porque sociedade que não planeja aceita qualquer resultado. Sem diagnóstico claro dos problemas que demandam atuação estatal, sem eleição de prioridades no seu enfrentamento e sem formulação de prognóstico adequado para cada qual daqueles problemas, o gasto público se torna uma opção voluntariosa do governante de ocasião e dos parlamentares da sua base de apoio nos três níveis da federação.

Assim, o curto prazo eleitoral e o trato patrimonialista dos recursos públicos substituem o espaço do planejamento no ciclo orçamentário, em um arranjo político-partidário que se deixa saturar de regras fiscais superpostas, para mais adiante simplesmente burlá-las.

Vale lembrar, por oportuno, que o conceito de responsabilidade fiscal contido no artigo 1º, §1º, da Lei Complementar 101/2000 é exatamente o de *"ação planejada e transparente em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio nas contas públicas"*.

Planejar, prevenir e corrigir são ações de trato contínuo em um ciclo virtuoso de identificação e resolução de problemas sociais eleitos como prioridades estatais. Ora, o país caminha no sentido contrário quando aposta em regras fiscais que fixam formalmente apenas limites formais rígidos, mas altamente suscetíveis a burlas.

O contexto fiscal brasileiro é pouco reflexivo porque se vive sob a égide de um arcabouço normativo aparentemente forte por fora, mas oco por dentro. Há regras fiscais em demasia no Brasil e elas infantilizam a gestão dos escassos recursos públicos, na medida em que interditam, direta ou indiretamente, o debate orçamentário sobre a ordenação legítima de prioridades, conforme o planejamento setorial das políticas públicas.

Em plena pandemia, tal panorama fiscal irracional altamente manipulável em bases político-partidárias – infelizmente – concorreu para o resultado de centenas de milhares de mortes majoritariamente evitáveis.

II.3 – Uma breve retomada do 1º semestre de 2021

Para os devidos e plenos fins orçamentários, 2021 é um exercício financeiro que só se iniciou em 22 de abril com a promulgação da Lei 14.144 (LOA federal). Antes disso, mortes se acumularam às centenas de milhares, assim como foi descontinuado o pagamento do auxílio emergencial, em cenário que contribuiu para o agravamento da pandemia e da desigualdade brasileira (como suscitado em <https://brasil.elpais.com/economia/2020-12-21/fim-do-auxilio-emergencial-deixa-o-brasil-entre-o-medo-da-pandemia-e-do-desemprego-em-2021.html> e <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,com-fim-do-auxilio-desigualdade-pode-voltar-ao-patamar-dos-anos-80,70003536223>)

Em 23 de março, a instabilidade política na condução nacional da pandemia se fez verificar novamente a partir da posse do 4º (quarto) Ministro da Saúde em cerca de um ano de calamidade sanitária (<https://istoe.com.br/bolsonaro-empossa-quarto-ministro-da-saude-com-pais-no-caos-pela-covid/>). Antes disso, em 15 de março deste ano, fora promulgada a Emenda Constitucional nº 109, a pretexto de permitir a retomada do auxílio emergencial e aprimorar as regras fiscais do país.

Na prática, a Emenda 109/2021 evidenciou o erro de ter se estipulado vigência curta para a Emenda do Orçamento de Guerra (EC 106/2020) – apenas até 31 de dezembro do ano passado – e também de não sido revisto o rol de exceções ao teto (§6º do artigo 107 do ADCT), para que fosse possível custear a ação estatal suficiente e planejadamente no 2º ano da pandemia da Covid-19, em suas dimensões sanitária, econômica e social.

Aliás, a própria Emenda dita “Emergencial” repetiu o erro, ao conceber um limite curto e imprudente de R\$ 44 bilhões (art. 3º, §1º da EC 109) para a prorrogação do auxílio emergencial, a pretexto de manter fictícia e aparentemente a aparência de intocabilidade do teto, enquanto o país acumulava outra dívida ainda mais insustentável neste 1º semestre de 2021: a superação da marca de meio milhão de mortes confirmadas por Covid-19.

Infelizmente o debate político-orçamentário brasileiro não tem sido racional e tratam a Constituição de 1988 como uma colcha de retalhos de parca aderência à realidade. Mudá-la a cada contingência por falha de planejamento é apenas a consequência desse problema estrutural: não se sabe para onde se quer ir e a sociedade é levada pelos humores de ocasião, apagando um incêndio por vez, enquanto muitos se enriquecem ilicitamente no percurso.

A esse respeito, não deixa de ser juridicamente dolorosa a leitura do 5º relatório de acompanhamento feito pelo TCU acerca da atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia

nos autos do TC 014.575/2020-5. Os excertos abaixo arrolados do voto do Ministro Benjamin Zymler evidenciam a perspectiva de que se trata de uma tragédia anunciada, cuja falta de correção de rota tempestivamente custou o acúmulo de mortes majoritariamente evitáveis:

Relatório e data	Acompanhamento pelo Tribunal de Contas da União no TC 014.575/2020-5 acerca da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19
5º Relatório (apresentado em 14 de abril de 2021 e ainda não julgado)	<u>Excertos do Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler</u> “O Ministério da Saúde informou que, em 2020, <u>foram gastos aproximadamente R\$ 228 milhões com ações de comunicação do órgão em relação à Covid-19</u> e, em 2021, até a data da reunião, tinham sido cerca de R\$ 63 milhões. Entretanto, consoante divulgações na mídia, <u>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</u>” [...] 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). 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 <u>desvio de finalidade na aplicação de recursos</u>. 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. [...] O que se verifica, entretanto, é que <u>as autoridades do Ministério da Saúde não estão assim agindo, faltando com seu poder-dever de atuar adequadamente para o enfrentamento da pandemia</u>, estabelecido também no art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011. [...] o Ministério da Saúde dispõe de <u>pequena margem orçamentária para os mais diversos gastos para o combate à Covid-19</u>, o que se mostra preocupante nesse cenário de recrudescimento da pandemia. [...] <u>Na lei orçamentária federal de 2021 (PLOA 2021)</u>, aprovada pelo Congresso Nacional em 25/3/2021 e ainda pendente de sanção presidencial e de publicação, <u>não constam dotações para a ação orçamentária 21C0, específica para o controle das despesas relativas ao combate à pandemia da Covid- 19</u>. Para efeitos comparativos, <u>em 2020 a dotação orçamentária para esta ação foi de R\$ 63,74 bilhões</u>. [...] em que pese a alteração da realidade fática entre a atual e aquela da elaboração do orçamento anual, <u>não houve solicitação por parte do Poder Executivo para a adequação do orçamento</u> (seria possível que a Presidência da República enviasse mensagem ao Congresso Nacional <u>solicitando alterações no projeto de lei orçamentária, de modo a adequá-lo à real situação do País</u>). Possivelmente, como bem salientou a unidade técnica, a razão para tanto é que <u>o Ministério da Saúde vem atuando de forma reativa e não planejada</u>. A SecexSaúde está acompanhando as ações do Ministério da Saúde desde o mês de março de 2020 e <u>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</u>. [...] A respeito, a SecexSaúde destaca que “surpreende que <u>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</u>

	<u>objetivo de acordo com os resultados</u>. Mais surpreendente ainda é o fato de que, em dezembro de 2020, <u>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</u> (a não utilização desses testes é objeto dos TCs 044.541/2020-1 e 008.618/2021-6).” Apontou-se, ainda, que o Ministério da Saúde possui um <u>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</u>. 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, <u>o que poderia ter auxiliado o país a evitar o recrudescimento da pandemia em 2021</u>. [...] a SecexSaúde concluiu que “<u>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</u>.” [...] <u>frágil, senão inexistente, política nacional de testagem</u>. Neste caso, tal qual em relação à questão da política de comunicação, entendo pertinente a constituição de processo apartado para ser verificada a <u>eventual conduta omissiva dos gestores acerca da política de testagem para o enfrentamento da pandemia</u>. [...] 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, <u>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</u>. [...] 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 <u>atuação governamental confusa, marcada pela falta de consenso</u> sobre as estratégias mais adequadas para minimizar o impacto da situação emergencial vivenciada no país. [...] constatou-se que os <u>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</u>, 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. [...] A partir de fevereiro de 2020, como provável reflexo da pandemia, houve um <u>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</u>. Em dezembro de 2020, <u>os leitos de internação tiveram uma sensível redução (313.038)</u> [...] [...] o recrudescimento da pandemia, <u>a chamada segunda onda, era anunciada e exigiam-se medidas adicionais de prevenção e preparo da estrutura de saúde</u>. Não foi o que <u>aconteceu</u>, entretanto. [...] O que se verificou, contudo, neste acompanhamento, foi assim sintetizado pela unidade técnica: 1. “<u>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</u>.” 2. Ademais, as ações verificadas <u>não apresentaram o grau de transparência e rapidez esperada</u>, 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.” [...] A respeito, verifico, da documentação encaminhada pelo Ministério da Saúde, que as ações de testagem são direcionadas pela demanda dos entes subnacionais. Ou seja, <u>a pasta ministerial age como suporte às demandas regionais, sem que tenha havido um prévio planejamento centralizado.</u>” [...] No presente acompanhamento, verifica-se que <u>pouco mudou</u>, como exposto neste trecho deste voto: “a SecexSaúde concluiu que “a distribuição dos testes aos Estados, Municípios e DF <u>não obedece a nenhum critério ou tampouco está vinculada a qualquer estratégia, sendo realizada de acordo com a demanda</u>” (grifou-se). 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. 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. <u>A taxa de óbitos atualmente vivenciada pelo País pode ser um indicador das consequências da ausência de planejamento.</u>
--	---

Eis o contexto em que o Ministério Público Federal propôs ação de improbidade administrativa contra o ex-Ministro da Saúde Eduardo Pazuello no dia 30 de junho deste ano (como noticiado em <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-propoe-acao-de-improbidade-contru-eduardo-pazuello>), em busca de responsabilização acerca de ações e omissões, em tese, danosas durante a sua atuação à frente da pasta federal em meio à calamidade sanitária da Covid-19:

A ação enviada à 20ª Vara de Justiça Federal é resultado de um inquérito civil instaurado inicialmente por representação de um cidadão comum. Em seguida ela foi juntada a diversos outros pedidos de investigação apresentados por agentes públicos e entidades civis. Os representantes apontavam, sobretudo, irregularidades e omissões ocorridas na gestão do Ministério da Saúde e outros órgãos do governo, no combate à covid-19.

O documento assinado por oito procuradores aponta seis atitudes do ex-ministro identificadas pelas investigações. A omissão injustificada do acusado na aquisição tempestiva de vacinas para imunizar a população ainda em 2020. A adoção ilegal – e indevida – do chamado “tratamento precoce” como principal ação de política pública para enfrentar o coronavírus em 2020 e 2021. Nesse aspecto, sustentam que o “kit covid” resultou em enorme prejuízo ao patrimônio público e à saúde da população.

A peça relata que o ex-ministro foi, injustificadamente, omissor na ampliação de testes para a população e na distribuição de milhares de kits de testes PCR, a ponto de perderem a sua validade nos almoxarifados do Ministério da Saúde. Indica que Pazuello agiu deliberadamente para dificultar o acesso da sociedade às informações essenciais sobre a pandemia, suprimindo a publicidade de dados relevantes ao seu acompanhamento e evolução.

Os procuradores afirmam ainda que o ex-ministro foi omissor no papel de gestor nacional do SUS ao deixar de coordenar ações de controle, aquisição e distribuição de medicamentos essenciais para pacientes internados por Covid. Nesse sentido, sustentam que ele foi, mais uma vez, omissor na realização de campanhas informativas e educacionais sobre a necessidade de distanciamento social e o uso de máscaras.

“A omissão e a negligência do ex-ministro da Saúde no trato das negociações das vacinas custou caro à sociedade (que sofre os efeitos sociais de uma economia em crise e sem perspectiva de reação), à saúde da população (que amarga índices descontrolados de morbidade e mortalidade por covid-19) e ao SUS (cujos leitos de

UTI Covid adulto, só no primeiro semestre de 2020, custaram R\$ 42 milhões/dia ou R\$ 1,27 bilhão/ mês)”, afirmam os procuradores.

Segundo a ação, “a resistência do ex-ministro da Saúde em negociar a contratação e a aquisição de vacinas, com a antecedência o planejamento necessários, é injustificável e irrazoável”. De acordo com estudos citados na peça, “quase 100 mil óbitos podem ser atribuídos à omissão governamental na aquisição de vacinas com a urgência que o enfrentamento da pandemia reclamava”.

Quanto à indicação do “kit covid” para tratamento precoce da doença, os procuradores entendem que Pazuello tornou-se responsável por todas as despesas realizadas pelo SUS, que tenham tido por objeto a aquisição, produção, distribuição, dispensação e promoção dos medicamentos envolvidos. Nesse aspecto relacionam inclusive as campanhas publicitárias realizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Comunicação da Presidência da República. Para além do prejuízo financeiro, a conduta ocasionou “a sensação - errônea - de segurança e tranquilidade que a existência de um “tratamento precoce” causou à sociedade”, afirma a ação.

O MPF argumenta que “se as decisões de gestão – que deveriam ser técnicas - são adotadas por força de influências externas, está comprovado o comportamento doloso ilícito do Ministro e perfeitamente configurado o ato de improbidade administrativa que, em última análise, é a deslealdade qualificada da conduta do agente público frente ao cidadão a quem deveria servir – é a imoralidade manifesta no trato da coisa pública, visto que a decisão, que deveria ser de âmbito técnico, é adotada para privilegiar, atender, beneficiar não a coletividade/ o interesse público mas sim sentimento pessoal ou interesse de terceiro”.

Cálculo do montante requerido – No cálculo dos R\$ 121.940.882,15 apontados como total do dano ao erário, os procuradores consideraram os valores alocados pelo Exército para a produção de cloroquina e sua distribuição, conforme pautas do Ministério da Saúde. Também indicaram as cifras gastas pela pasta para aquisição de 3,75 milhões de comprimidos de cloroquina, além dos recursos alocados diretamente pelo Ministério da Saúde para a campanha promocional do tratamento precoce (“Flight 8”). Os valores investidos em campanhas promocionais do tratamento precoce, sob supervisão do Ministério da Saúde, foram igualmente considerados. Por fim, os recursos despendidos para a aquisição dos 2,3 milhões de kits de testes PCR perdidos por expiração da validade, estimada para o final do mês de maio deste ano.

A presente ação não pediu ressarcimento por dano moral coletivo ou pelas perdas de milhares de vidas, decorrentes de eventuais condutas do requerido e de outros agentes públicos, no contexto da pandemia. Essa apuração ainda está em curso no procedimento MPF/DF nº 1.16.000.001440/2021-00.

A ação tramita sob o n. 1045647-83.2021.4.01.3400 [...].

A ação do MPF que visa à responsabilização do ex-Ministro Eduardo Pazuello será apreciada pela Justiça Federal, em estrita observância ao devido processo legal. Pode ser oportuno instruir adicionalmente os elementos apontados pelo MPF à luz dos dados trazidos no Anexo 2 deste relatório. Isso porque a assim chamada “militarização do Ministério da Saúde” (como se pode ler em <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,gestao-da-saude-foi-militarizada-por-pazuello,70003685964>) pode ter se feito sentir também na execução orçamentária dos recursos do SUS.

É preciso que a CPI da Pandemia, o MPF, o TCU e o CNS apurem, mais detidamente, a motivação e a finalidade de várias despesas oriundas de recursos do Fundo Nacional de Saúde realizadas por diversos órgãos militares. Cabe, em igual medida, aprofundar o contraste dessas

aplicações ocorridas no âmbito da Ação 21C0 por órgãos militares a partir dos dados do portal do Tesouro Nacional, durante os três semestres de enfrentamento à pandemia.

É controvertida a hipótese de admissibilidade do custeio de despesas militares ordinárias por meio de créditos extraordinários, o que tenderia a configurar burla à própria razão de ser do crédito extraordinário (art. 167, §3º da CF) e também ao teto de despesas primárias, a que se refere a Emenda 95/2016.

Como se pode depreender do Anexo 2 deste relatório, em 2020, por exemplo, foram pagas, com recursos oriundos de créditos extraordinários abertos em favor da Ação 21C0 (ação primordialmente destinada ao enfrentamento sanitário da pandemia), despesas do Ministério da Defesa com material odontológico (R\$58,621 mil); material de coudelaria ou de uso zootécnico (R\$25,525 mil); material educativo e esportivo (R\$3,458 mil); material de cama, mesa e banho (R\$225,831 mil); material de copa e cozinha (R\$430,384 mil); uniformes, tecidos e aviamentos (R\$1,076 milhão); material/ equipamentos/ serviços para áudio, vídeo e foto (R\$709,1 mil); manutenção e conservação de bens imóveis (R\$6,219 milhões); serviços de energia elétrica/ água e esgoto/ gás/ serviços domésticos (R\$5,992 milhões); veículos de tração mecânica (R\$3,6 milhões); além de despesas médico-hospitalares com materiais e serviços em quase R\$100 milhões, sem que se tenha prova de que foram gastos em benefício da população em geral, ao invés de apenas atender aos hospitais militares, os quais se recusaram a ceder leitos para tratamento de pacientes civis com Covid-19 (como noticiado em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/04/hospitais-das-forcas-armadas-reservam-vagas-para-militares-e-deixam-ate-85-de-leitos-ociosos-sem-atender-civis.shtml> e <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/07/tcu-determina-que-hospitais-militares-cedam-leito-vago-para-civis-em-situacoes-de-crise.shtml>).

Em 2021, há extenso rol de despesas empenhadas em favor de órgãos militares com recursos diretamente transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, o que reclama igual vigilância e cautela no exame das respectivas prestações de contas.

Enfim, todo o contexto fático explorado neste capítulo evidencia uma realidade estruturalmente mais complexa de fragilidade no modo de operação do SUS. Para explorar de forma sistêmica tais impasses, alguns deles históricos como o subfinanciamento, a judicialização e a disputa federativa na política pública de saúde, o próximo capítulo avaliará o escopo da declaração de um “estado de coisas inconstitucional no SUS” feita nos autos da ADPF 882 pelo Ministro Marco Aurélio há poucos dias.

III. ADPF 822 e Estado de Coisas Inconstitucional no SUS em debate no STF: necessidade de algum aprendizado na política pública de saúde brasileira

Em 25 de junho de 2021, o Ministro Marco Aurélio proferiu, na qualidade de relator, voto pela procedência da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 822³ nos seguintes termos nucleares:

Ante a ameaça ao mínimo existencial, com violação da dignidade humana, os direitos sociais apresentam-se – tendo em conta os traços de fundamentalidade, inalienabilidade e essencialidade – como plenamente judicializáveis, merecedores de amplas garantias institucionais, independentemente de reservas orçamentárias.

Problema maior surge quando omissões ou falhas na execução do que foi formulado deságuam na impossibilidade de acesso a tratamento integral da saúde, indispensável à existência digna. Em síntese, a situação é potencializada quando configurado desrespeito ao mínimo existencial, considerada a institucionalização incompleta ou deficiente do direito à saúde.

A quadra atual de ofensa aos direitos à vida e à saúde é agravada em razão de ações e omissões do Governo Federal, sobressaindo a inércia, o atraso na aquisição de vacinas, a reiterada e persistente omissão de autoridades públicas na observância de medidas envolvendo o uso de máscara e o distanciamento social e a disseminação de inverdades relacionadas ao tratamento da doença.

Constata-se violação do mínimo existencial, exemplificado no atraso da aquisição de vacinas e no colapso dos sistemas sanitário e funerário no Estado do Amazonas.

Nada obstante o empenho, pelo Governo Federal, de forças e verbas públicas direcionadas no âmbito da saúde pública e da economia, a responsabilidade é sistêmica. Tem-se a denominada falha estatal estrutural. Executivo e Legislativo, titulares do condomínio legislativo sobre as matérias relacionadas, não se comunicam. As políticas públicas em vigor mostram-se incapazes de reverter o quadro de inconstitucionalidades.

[...]

A pandemia covid-19 revela questão constitucional de alta complexidade técnica, não jurídica, a afetar milhões de pessoas, cujos resultados da decisão a ser tomada mostram-se imprevisíveis.

Conforme fiz ver em diversas oportunidades ao longo de mais de quarenta e dois anos de judicatura em colegiado julgador, impõe-se, sobretudo em tempos de crise, o dever de guardar princípios e regras, garantir o respeito à Constituição Federal, à Lei das leis. O preço pago por se viver em uma democracia não chega a ser exorbitante, estando ao alcance de todos: o respeito irrestrito ao que previsto no arcabouço normativo.

Urge o restabelecimento da confiança na força normativa da Constituição Federal. A paz social baseia-se na confiança mútua e, mais do que isso – em proveito de todos, em prol do bem comum –, no respeito a direitos e obrigações estabelecidos. Em assim não sendo, ter-se-á o caos, a unilateralidade das definições, deixando de prevalecer os compromissos assumidos, como se a lei vigente fosse a da selva, e não a de um mundo desenvolvido.

A este Tribunal cumpre atuar incentivando a formulação e a implementação de políticas públicas. Permanece reservado ao Legislativo e ao Executivo o campo democrático e técnico das escolhas, inclusive orçamentárias, sobre a forma mais adequada à superação da crise, colocando a máquina estatal em movimento e cuidando da harmonia dessas ações.

[...]

Assiste-se à omissão reiterada da União na implementação de política uniforme, articulada com Estados, Distrito Federal e Municípios, no enfrentamento da pandemia. O quadro inconstitucional de violação generalizada e contínua dos direitos

³ Cuja tramitação pode ser consultada em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6150239>

fundamentais durante a crise sanitária é agravado em razão de falhas estruturais, sobressaindo inércia e incapacidade para vencê-lo.

A atuação de um único órgão ou Poder não servirá para resolver o cenário. A eliminação ou a redução dos problemas dependem da coordenação, pela União, de medidas de diferentes naturezas e oriundas dos Poderes Públicos de todos os entes da Federação: intervenções legislativas, executivas, orçamentárias e interpretativas. A solução requer ações orquestradas, a passagem do concerto (com C) institucional para o conserto (com S) do quadro.

A conclusão é única: ocorre violação generalizada de direitos fundamentais em relação à dignidade, à vida, à saúde, à integridade física e psíquica dos cidadãos brasileiros, considerada a condução da saúde pública durante a pandemia covid-19. Há falência estrutural.

Cumpra acolher o pedido formulado na alínea (a) da peça primeira, para declarar o estado de coisas inconstitucional na condução das políticas públicas destinadas à realização dos direitos à vida e à saúde, presente a pandemia covid-19. (b) determinação, aos entes federados, sob a coordenação do Executivo federal:

[...]

Alfim, assento a procedência do pedido formulado na alínea (a) da petição inicial, declarando o estado de coisas inconstitucional na condução das políticas públicas destinadas à realização dos direitos à vida e à saúde, considerada a pandemia covid-19.

Julgo procedente, em parte, o pedido formalizado na alínea (b) da peça primeira, para determinar aos entes federados, sob a coordenação do Executivo federal, que implementem:

(b.2.9) análise diária dos impactos na redução de casos, taxas de ocupação de leitos hospitalares e óbitos;

(b.2.10) campanha educativa e distribuição, em áreas de concentração populacional e baixo percentual de adesão à utilização, de máscaras de pano multicamadas;

(b.2.11) orientação para a adoção de providências de bloqueio:

(i) comunicação à população para que permaneça o maior tempo possível em casa, sem se deslocar, fazendo-o apenas ante necessidade maior; e

(ii) apoio aos grupos em situação de vulnerabilidade, havendo participação da comunidade.

O reconhecimento formal pelo STF de violação generalizada aos direitos à vida e à saúde no âmbito da política sanitária é medida adequada ao enfrentamento da crise sistêmica decorrente da pandemia da Covid-19.

Vale lembrar, contudo, que não é propriamente recente a instabilidade operacional do SUS, mediante ações e omissões estruturais que implicam o acúmulo de mortes majoritariamente evitáveis no federalismo sanitário brasileiro.

Há décadas, o país vivencia uma severa e sistemática instabilidade de custeio promovida pela União na política pública de saúde, além de desvios e disputas hermenêuticas nos entes subnacionais (conforme Tema de Repercussão Geral 818 no STF).

Dão prova disso os diversos redesenhos normativos no dever federal de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde – ASPS, em face do parâmetro original inscrito no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, os quais impuseram uma trajetória federativa e proporcionalmente regressiva ao longo das Emendas 29/2020, 86/2015 e 95/2016.

Enquanto os pisos em saúde dos Estados e Municípios seguem exatamente os mesmos desde a sua fixação pela EC 29/2020 (respectivamente 12% e 15% da receita de impostos e transferências de impostos), o piso federal no setor já foi alterado por 6 (seis) vezes, conforme se depreende da tabela abaixo:

Origem da regra	Vigência temporal	Fundamento normativo do gasto mínimo da União	Regra de cálculo
Art. 55 do ADCT	1988 a 1999	Art. 55 do ADCT: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.”	30% do Orçamento da Seguridade Social
Emenda 29/2000	2000	Art. 77 do ADCT: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I - no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; [...].”	Gasto empenhado no ano anterior + 5%
	2001 a 2012	Art. 77 do ADCT: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: [...] b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; [...] § 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.”	Gasto do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB
	2013 a 2015	Art. 5º da Lei Complementar 141/2012: “A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.	Gasto do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (mantida a sistemática da regra anterior)

		[...] § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.”	
Emenda 86/2015	2016	Art. 2º, I da EC 86/2015, impugnado na ADI 5595: “O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo: I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; [...].”	13,2% da Receita Corrente Líquida federal
Emenda 95/2016	2017	Art. 110, I ADCT – em 2017 piso de 15% da RCL, dada a revogação do art. 2º da EC 86/2015: “Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e [...].”	15% da Receita Corrente Líquida federal
	2018 a 2036	Art. 110, II do ADCT – piso a partir de 2018 correção pelo IPCA do quanto aplicado em 2017: “Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: [...] II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.”	Gasto do ano anterior corrigido pelo IPCA

Apenas para que se tenha em mente a dimensão da trajetória tendente à regressividade do dever federal de gasto mínimo em saúde, vale a pena retomar o marco inicial do art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que previa a alocação mínima de 30% (trinta por cento) do orçamento da seguridade social para o “setor de saúde”.

Tal proporção nunca foi cumprida de fato no ciclo orçamentário federal. À luz do art. 2º, II, da Lei 14.144, de 22 de abril de 2021, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro corrente, **o comando do art. 55 do ADCT – se estivesse em vigor –**

praticamente dobraria o patamar mínimo de gastos da União em saúde (cerca de R\$ 261,2 bilhões, ao invés de R\$ 123,8 bilhões).

A tantas e tão regressivas alterações se somam ações e omissões orçamentário-financeiras (sobretudo nos decretos de contingenciamento) que reduziram a participação do piso federal em saúde no montante global de recursos vertidos pelos três níveis da federação ao setor, bem como trouxeram um sistemático descumprimento das pactuações federativas celebradas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A consequência prática de tamanhos redesenhos no piso federal em saúde está evidenciada na sobrecarga de custeio suportada por Estados e Municípios, cuja capacidade arrecadatória é significativamente inferior à da União. A participação federal retraiu de cerca de 60% no volume global de recursos públicos vertidos ao SUS em 2000 para 42% em 2019, ou seja, uma queda inequívoca de quase 1/3, conforme demonstra a tabela abaixo:

Participação do Financiamento do SUS por Esfera de Governo (2000 a 2019)							
Ano	União	Estados	Municípios	Ano	União	Estados	Municípios
2000	59,8%	18,5%	21,7%	2010	44,7%	26,9%	28,4%
2001	56,1%	20,7%	23,2%	2011	45,3%	26,0%	28,8%
2002	52,5%	21,9%	25,6%	2012	45,3%	25,3%	29,4%
2003	50,1%	24,5%	25,4%	2013	42,6%	26,7%	30,7%
2004	49,3%	26,0%	24,7%	2014	42,4%	26,5%	31,1%
2005	48,2%	25,5%	26,3%	2015	43,0%	26,0%	31,0%
2006	46,7%	26,3%	27,0%	2016	42,8%	25,5%	31,7%
2007	45,8%	26,9%	27,3%	2017	43,2%	25,7%	31,1%
2008	43,4%	27,6%	29,0%	2018	42,6%	26,5%	30,9%
2009	46,6%	25,8%	27,6%	2019	42,0%	26,5%	31,5%

Elaboração: Bruno Moretti, Carlos Ocke, Erika Aragão, Francisco Funcia e Rodrigo Benevides.
Fonte: Adaptado de MS/SIOPS

As ações e omissões que impuseram essa regressividade à participação federal no custeio do SUS também deveriam ter sido consideradas nos argumentos que ensejaram o reconhecimento do “estado de coisas inconstitucional”⁴ na ADPF 822, porque tais condutas precarizam a política pública de saúde brasileira, com mitigação de suas duas maiores garantias estabelecidas na CF/1988: financiamento fiscalmente progressivo e arranjo orgânico-federativo.

⁴ Como suscitado em Pinto EG. *Estado de Coisas Inconstitucional na política pública de saúde brasileira* [artigo na Internet]. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2017 (Futuros do Brasil: Ideias para ação). Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Elida_Graziane.pdf

Com a pandemia do novo coronavírus (Covid-19) e o estado de emergência de saúde pública de importância internacional (reconhecido na Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020), essa histórica fragilidade orçamentário-financeira do SUS foi desnudada e restou factualmente inquestionável para a sociedade.

Eis o contexto em que é preciso **fixar o alcance do princípio da vedação de retrocesso e também do princípio da vedação de proteção insuficiente diante de ações e omissões orçamentário-financeiras que afetam, por via oblíqua, a eficácia do direito à saúde.**

Dito de forma ainda mais direta, é **preciso refutar o paulatino esvaziamento do arranjo orgânico-federativo e a desconstrução da garantia de piso de custeio da política pública de saúde que têm sido causados pela União, mediante imposição de restrição orçamentária que nega cumprimento às pactuações celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite a que se refere o art. 14-A da Lei Orgânica do SUS.**

Antes mesmo da pandemia da Covid-19, a fragilização da capacidade operacional do sistema público de saúde vinha ocorrendo paulatinamente, como comprova notícia de que, entre 2009 a 2020, foram extintos cerca de 34,5 mil leitos de internação no Brasil (<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-perdeu-34-5-mil-leitos-de-internacao-entre-2009-e-2020,70003243158>). Ao longo do 2º semestre de 2020, mesmo quando já havia o alerta acerca do risco de recrudescimento da pandemia, foram desativados 1/3 dos leitos de UTI habilitados no 1º semestre do ano passado (<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2020/12/16/sus-perde-1-a-cada-3-leitos-de-uti-para-covid-19-desde-julho.htm>)

Nesse contexto de demanda urgente e incontornável de atendimento à pandemia da Covid-19, a crise do SUS emerge como realidade ainda mais dramática, que explica, direta ou indiretamente, significativo contingente de centenas de milhares de mortes acumuladas em 2020 e em 2021 decorrentes do novo coronavírus.

Ora, o SUS chegou operacional e fiscalmente combalido diante da pandemia, por força das sucessivas restrições interpretativas, emendas constitucionais e operações contábeis que, historicamente, causaram retrocesso ao direito à saúde e mitigaram suas garantias de financiamento e de arranjo federativo-orgânico no âmbito do SUS.

A pandemia da Covid-19 tem exigido dos Sistemas de Saúde de todas as nações um esforço hercúleo para prevenção e redução do contágio, bem como para mitigação dos danos ocasionados à saúde daqueles acometidos com os problemas respiratórios decorrentes. A velocidade da proliferação do vírus, somada à necessidade de mobilização de equipes, serviços

e leitos de UTI por longos períodos para tratamento daqueles afetados, tem causado níveis de estresses em sistemas de saúde melhor financiados que o SUS, como é o caso, por exemplo, da Inglaterra, Itália e Espanha.

É nesse sentido que o Secretário Geral da ONU, o Sr. António Guterres, indicou em pronunciamento logo após a declaração da pandemia global que a superação da crise causada pelo coronavírus passa, necessariamente, pela **ampliação dos gastos com saúde**, de modo a *“atender às necessidades urgentes e ao aumento da demanda – expandindo testes, reforçando instalações, apoiando os profissionais de saúde e garantindo suprimentos adequados – com total respeito aos direitos humanos e sem estigma.”* (<https://brasil.un.org/pt-br/85310-chefe-da-onu-pede-solidariedade-esperanca-e-resposta-global-coordenada-para-combater-pandemia>)

É preciso garantir a alocação do maior volume possível de recursos para o SUS, sobretudo, para resguardar cumprimento pleno das pactuações federativas celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, como núcleo substantivo do piso em saúde e em consonância com o mais íntegro cumprimento do federalismo sanitário.

Não é demasiado alertar que, além da pandemia do coronavírus, o Brasil percebe o adensamento da demanda reprimida no atendimento ordinário do SUS (como se pode ler em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/porta-de-entrada-do-sus-atencao-primaria-tem-queda-de-49-de-consultas.shtml>) e o recrudescimento de doenças antigas, como o sarampo e sífilis. Diante do subfinanciamento crônico na saúde, o cenário de colapso do SUS em decorrência da pandemia da COVID-19 agrava a já baixa capacidade de resposta às demandas ordinárias do serviço público de saúde.

Em face do teto fiscal trazido pela Emenda 95/2016, que mitiga a proporcionalidade entre o volume de receita e o piso federal de custeio em saúde, tão ou mais importante do que fiscalizar retrocesso quantitativo em sentido contábil-formal é o esforço de **fixar a irredutibilidade do rol de obrigações materiais que configuram proteção suficiente ao aludido direito**.

A calamidade pública, reconhecida pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, evidenciou ser escolha política, ao invés de impossibilidade técnica, a decisão sobre o nível de recursos orçamentários e financeiros destinados à política pública de saúde no Brasil.

Daí decorre a indagação sobre a conformidade constitucional do reiterado descumprimento do art. 31 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que determina que o orçamento da seguridade social destine ao Sistema Único de Saúde – SUS **“os recursos necessários à realização de suas finalidades”**. (grifo acrescido ao original)

A Lei Orgânica do SUS, em consonância com a Constituição de 1988, pautou relação de instrumentalidade entre as necessidades diagnosticadas no planejamento sanitário (fins) e os recursos destinados à política pública de saúde (meios), posicionando aquelas à frente desses. Ou seja, a equação entre disponibilidade de recursos e necessidades de saúde foi substantivamente orientada ao cumprimento das finalidades do SUS, sem imposição apriorística de restrição fiscal.

Assim, a dimensão protetiva do gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde – ASPS deveria resguardar custeio suficiente para as necessidades e finalidades do SUS, até porque a noção do que seja destinação mínima (piso) não pode ser degradada conceitualmente para passar a operar como fronteira contida pelo máximo de dotação disponível (teto).

O piso constitucional não é apenas equação matemática que vincula determinado volume de recursos a um conjunto aleatório de despesas. Há conteúdo e finalidades substantivas a serem cumpridos por meio do dever de aplicação mínima de recursos em saúde, dentro de um arranjo federativo que prima pela redução das disparidades regionais e pelo rateio equilibrado das responsabilidades e receitas entre os entes.

Para fins do art. 196 e de toda a governança federativa do SUS, é imprescindível que **haja rateio federativo dos recursos com o enfoque do art. 198, §3º, II (progressiva redução das disparidades regionais)**, o que foi parcialmente regulamentado no art. 17, §1º da LC 141/2012. Daí é que **emerge a pactuação das obrigações e responsabilidades de cada ente da federação no SUS por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, como primária fonte do que deveria ser o conteúdo material do piso em ações e serviços públicos de saúde, ao que se somam os planos previstos na legislação sanitária.**

Não cabe tratar o piso em saúde como se teto fosse, restringindo e adiando o cumprimento das pactuações federativas celebradas no âmbito da governança federativa do SUS, definida na forma do art. 14-A da Lei 8080/1990.

O problema é que o pactuado, do ponto de vista da rede de serviços já contratados no SUS, dos repasses fundo-a-fundo e dos programas para fins de transferências voluntárias, tem excedido, em valores monetários, o piso federal estritamente contábil-formal, daí porque **o governo federal tem se olvidado, historicamente, de cumprir as regras já estabelecidas de incentivos, tem deixado de fazer correção monetária dos valores de referência dos programas (não só da tabela SUS) e até mesmo tem atrasado repasses.**

Se a União pactuou na Comissão Intergestores Tripartite (instância legítima de governança do SUS) e gerou compromissos federativos com os entes subnacionais, deveria a mesma cumprir tal pactuação, ainda que venha a ser formalmente excedente ao piso, sob pena de lesão ao dever de gasto mínimo material e ao pacto federativo. O mesmo raciocínio se aplica aos Estados que não cumpram o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB (art. 19, §1º, da LC 141/2012, em conformidade com o art. 198, §3º, II da CR/88).

Cabe, pois, reiterar que é preciso fixar o regime jurídico do dever de aplicação em saúde dado pelo art. 198 da CR/88 referido ao cumprimento das obrigações legais e constitucionais de fazer na consecução do art. 196 e do Sistema Único de Saúde a que se referem os arts. 198 e 200, para além da estrita contabilização formal do piso em seu aspecto matemático.

A origem do “estado de coisas inconstitucional no SUS” reside precisamente na inversão da equação entre necessidades de saúde da população, de um lado, e disponibilidade de recursos, de outro, por meio do regressivo piso federal em ASPS. Assim, foram reduzidos o escopo e a exigibilidade das principais normas que mencionavam “compatibilização” entre as necessidades do SUS e os recursos a ele vertidos, com desarranjo federativo considerável ao longo da vigência da Constituição de 1988.

Historicamente o que está em acelerado processo de fragilização é o próprio direito fundamental à saúde e seu arranjo organizacional protetivo, uma vez que o SUS tem sido paulatinamente esvaziado da sua expressão federativa de distribuição equitativa de responsabilidades administrativas e financeiras. Certamente, será adensado o quadro de inadimplemento das pactuações federativas com o congelamento do piso federal em saúde durante o período de 2018 a 2036, quando só a correção monetária lhe foi assegurada anualmente, na forma do art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

A bem da verdade, a frustração do arranjo constitucional do SUS começa com a própria precariedade do levantamento dos riscos epidemiológicos e das necessidades de saúde da população para fins do devido planejamento sanitário e, por conseguinte, para a pactuação federativa na CIT. A União não admite pactuações para além do piso mínimo e as constrange para que fiquem formalmente compatíveis com o subfinanciamento. Tal cenário esvazia as responsabilidades recíprocas e praticamente interditou a implementação do contrato organizativo da ação pública da saúde previsto no Decreto 7.508/2011.

Trata-se de verdadeira guerra fiscal de despesas no SUS, que decorre da diferença de critério para a União em seu piso de custeio, tal como estabelecida pela Emenda 29/2000

e agravada pelas Emendas 86/2015 e 95/2016. Tal cenário apresenta inconsistências e, até o advento da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, a controvérsia sobre o que poderia ser reputado despesa em ações e serviços públicos de saúde deu causa a heterodoxas operações contábeis e equívocos consideráveis por parte dos estados, de modo a gerar tantas demandas judiciais que o STF reconheceu haver repercussão geral (Tema 818) no debate sobre o “controle judicial relativo ao descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde, antes da edição da lei complementar referida no art. 198, § 3º da Constituição”.

Somente com a consciência ampla da sociedade do desequilíbrio na governança federativa do SUS para fins de contenção desse “estado de coisas inconstitucional” (ampliando os limites do debate apresentado na ADPF 822), seria possível devidamente ressituair o déficit de eficácia do direito fundamental à saúde na busca da macrojustiça orçamentária atinente à consecução da política pública que o materializa. Considerações jurídicas sobre o direito à saúde destituídas das consequentes considerações econômicas não tornam o direito factível para a população. Servem para engrossar laudas mas não servem para prover necessidades de saúde.

Daí é que se justifica a edição da Resolução nº 640/2020, pelo Conselho Nacional de Saúde, que demandou que a programação anual de saúde e as leis do ciclo orçamentário relativas ao exercício financeiro de 2021 garantam financiamento suficiente para o cumprimento das pactuações federativas celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite.

O arcabouço normativo brasileiro prevê distribuição de competências e responsabilidades de custeio do SUS, mas, conforme visto, a retração proporcional da União onera, sobremaneira, os entes subnacionais e deu causa à frágil capacidade de resposta da política pública de saúde em relação à pandemia da Covid-19.

Segundo o Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC, no seu estudo denominado “O Brasil com baixa imunidade: Balanço do Orçamento Geral da União 2019” (disponível em <https://www.inesc.org.br/obrasilcombaixaimunidade/>), o gasto federal em saúde de 2019 corresponde ao patamar de 2014, tamanha a sua estagnação fiscal.

Mesmo com 7 milhões a mais de habitantes no Brasil em 2019 em face de 2014, a União ter aplicado em 2019 patamar equivalente a 2014 em ações e serviços públicos de saúde é uma constatação dramaticamente reveladora da regressividade federal de custeio no SUS.

Quando a pandemia da Covid-19 acometeu tão brutalmente o nosso país, encontrou uma realidade efetivamente de “baixa imunidade” no SUS, como bem suscitado pelo INESC.

O problema é que nem mesmo a calamidade pública decorrente da Covid-19 alterou o padrão de atuação omissa, insuficiente e errático do Ministério da Saúde, como, aliás, fora suscitado no voto do Ministro Benjamin Zymler, relativo ao 5º relatório de acompanhamento do TCU (TC 014.575/2020-5):

- 1) conforme item 50 do voto – a despeito de ter tido uma dotação autorizada de R\$69,88 bilhões no âmbito da ação 21C0, dos quais R\$63,74 bilhões foram destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento especificamente sanitário da pandemia, o SUS efetivamente só contou com R\$41,75 bilhões, porque o **Governo Federal deixou de executar praticamente o expressivo saldo de R\$22 bilhões em relação aos créditos extraordinários abertos no Orçamento de Guerra (Emenda 106/2020) no ano passado;**
- 2) conforme item 53 – a escolha em negar plena e adequada execução orçamentária ao SUS agravou a capacidade de resposta do Ministério da Saúde na transição de 2020 para 2021. Isso porque, dos R\$21,75 bilhões transpostos de 2020 para 2021, R\$19,9 bilhões se referem a vacinas e a **margem restante (R\$1,65 bilhão) é insuficiente para as demais demandas a cargo da pasta no enfrentamento da Covid-19** no presente exercício financeiro;
- 3) nos itens 56 a 60 – há o claro diagnóstico de que **o Governo Federal simplesmente não previu qualquer centavo para a ação 21C0 (relativa ao enfrentamento sanitário da pandemia) no projeto de lei orçamentária de 2021.** Vale lembrar que tal ação recebera em 2020 R\$63,74 bilhões e que o PLOA-2021 teve sua aprovação no Congresso apenas em 25 de março deste ano, o que permitiria que o Executivo federal tivesse enviado mensagem modificativa do projeto para corrigir a omissão diante do agravamento da calamidade sanitária em país se encontra desde dezembro de 2020;
- 4) no item 61 – **a unidade técnica do Tribunal de Contas da União, responsável pela fiscalização da política pública de saúde federal, não teve acesso a planos e documentos afins que atestassem a existência formal de estratégia de enfrentamento da Covid-19 pelo Ministério da Saúde;**
- 5) no item 158 – é retomada a conclusão do Acórdão TCU 2817/2020 – Plenário de que **falta uma estratégia nacional de enfrentamento da pandemia no país.**

Em suma, o diagnóstico do TCU é contundente em apontar que, mais uma vez, mesmo diante da maior crise sanitária mundial das últimas décadas, a União se eximiu do seu papel nuclear de coordenar uma resposta sanitária federativamente equilibrada e fiscalmente suficiente em busca do fortalecimento do SUS. O acúmulo de centenas de milhares de mortes majoritariamente evitáveis nada mais é do que uma consequência diretamente imputável a esse estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde do país.

Nesse sentido, escolher manter o teto à revelia da realidade pandêmica, por meio de remendos frágeis mal formulados na Emenda 109/2021, bem como por meio de uma vigência curtíssima para o Orçamento de Guerra (EC 106/2020), é algo que se comprovou pragmaticamente mais oneroso para o erário e para a própria sociedade.

Contingentemente fixar limites temporais e fiscais curtos revelou-se, na dura tragédia factual brasileira, uma estratégia de controle equivocada para conter a tendência ao trato patrimonialista dos recursos públicos. Ao longo de 2020 e do primeiro semestre de 2021, a gestão político-orçamentária da pandemia no âmbito do SUS foi errática, como bem diagnosticado pelo TCU ao longo dos cinco relatórios de acompanhamento constantes do TC 014.575/2020-5.

A recém-promulgada Emenda 109/2021 repete o erro de apresentar resposta fiscal de curtíssimo fôlego, porque o limite de R\$ 44 bilhões (inscrito no §1º do seu artigo 3º) para pagar o auxílio emergencial por meio de crédito extraordinário é francamente insuficiente e juridicamente inepto para a realidade brasileira atual.

Vale destacar que o artigo 3º da Emenda 109/2021 é todo ele uma contradição jurídica em seus próprios pressupostos, sendo particularmente abusivo no seu §4º, já que o afastamento contingente dos requisitos de urgência e imprevisibilidade opera como franca burla à finalidade do instituto dos créditos extraordinários e ao próprio regime jurídico do teto da EC 95/2016.

Ora, manejar créditos extraordinários para continuar a pagar o auxílio emergencial em 2021 é uma afronta ao princípio da separação de poderes e ao devido processo legislativo orçamentário, porque essa é uma despesa previsível que, desde agosto de 2020, já demandava pactuação dialogada com o Congresso no âmbito do PLOA-2021.

Some-se a isso o fato de que créditos extraordinários, por definição, não demandam indicação de fonte de custeio, tampouco se submetem a tetos previsíveis, sob pena de negarem a sua própria razão finalística de ser, qual seja, atender a despesas urgentes, relevantes e imprevisíveis.

O problema é que a escolha estritamente política de retomar o teto de despesas primárias como âncora fiscal deste ano foi conduzida como se fosse um tabu inquestionável como se fosse possível reduzir ainda mais o Estado brasileiro, quando a realidade social exigia, em sentido inverso, que se resguardasse tamanho suficiente para a consecução dos serviços públicos.

O preço cobrado pela falta de planejamento orçamentário adequado em face da previsível necessidade de continuar a custear as ações sanitárias, assistenciais e econômicas de enfrentamento à pandemia foi o acatamento inconstitucional de créditos extraordinários em pleno 2º ano de crise da Covid-19. Ora, trata-se de franca afronta ao artigo 167, §3º da CF e ao legado hermenêutico da ADI 4048.

Desse modo, foram atropelados os princípios da separação de poderes, finalidade e legalidade, bem como foram aviltados o teto e o devido processo legislativo orçamentário tanto em relação ao PLDO-2021 (que sequer foi apreciado pela Comissão Mista de Orçamento), quanto ao PLOA-2021 (onde foram subestimadas despesas obrigatórias para abrir fictícia margem fiscal para emendas parlamentares). A tais abusos se soma o retrocesso apontado no escândalo da liberação subjetiva, opaca e potencialmente danosa ao erário das emendas de relator, marcadas sob indicador de resultado primário 9, escândalo esse mais conhecido como "*tratoração*" ou "*orçamento secreto*" (como noticiado em <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,tratoraco-e-retrocesso-no-orcamento,70003731968>), muitas dessas emendas para a própria política pública de saúde (<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,governo-destina-r-2-1-bi-via-orcamento-secreto-para-saude,70003768723>)

Eis o pano de fundo histórico que explica o quão tecnicamente frágil é a pretensão do Executivo federal de prorrogar novamente o auxílio emergencial por mais alguns meses, com potencial repercussão adicional de R\$ 11 bilhões acima do limite máximo de R\$ 44 bilhões fixado na Emenda 109/2021.

Segundo noticiado pela Folha (<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/06/governo-avalia-prorrogar-auxilio-emergencial-por-dois-meses-com-custo-de-r-18-bi.shtml>):

Em dezembro, o programa foi encerrado sem que houvesse uma proposta de renovação por parte do governo. A avaliação naquele momento era que a pandemia estava cedendo e não seria mais necessário pagar a assistência.

Depois de reconhecer o agravamento da crise sanitária, o governo passou a negociar a aprovação de uma PEC (Proposta de Emenda à Constituição) que, além de destravar o auxílio, criava uma série de medidas de ajuste fiscal.

A proposta foi promulgada apenas em março, com liberação dos benefícios em abril. Desse modo, o país ficou o primeiro trimestre sem a assistência emergencial.

Agora, membros do Ministério da Economia afirmem que não será necessário aprovar uma nova PEC ou decretar calamidade pública para renovar o auxílio. Segundo fontes da pasta, a avaliação é que a medida provisória será suficiente para implementar o plano.

[...] Custo das duas parcelas deve ficar em R\$ 18 bilhões (R\$ 11 bilhões em créditos extraordinários novos e R\$ 7 bilhões de sobras da rodada atual) (grifo da autora).

Ora, essa proposta é francamente contrária ao §1º do artigo 3º da Emenda Constitucional 109/2021 que fixara limite máximo de R\$ 44 bilhões para o cômputo fora do teto e da meta de resultado primário em relação aos créditos extraordinários abertos para assegurar a continuidade do pagamento do auxílio emergencial:

Artigo 3º Durante o exercício financeiro de 2021, a proposição legislativa com o propósito exclusivo de conceder auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19 fica dispensada da observância das limitações legais quanto à criação, à expansão ou ao aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento de despesa.

§ 1º As despesas decorrentes da concessão do auxílio referido no caput deste artigo realizadas no exercício financeiro de 2021 não são consideradas, até o limite de R\$ 44 bilhões), para fins de:

I - apuração da meta de resultado primário estabelecida no *caput do artigo 2º da Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020*;

II - limite para despesas primárias estabelecido no *inciso I do caput do artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias*.

§ 2º As operações de crédito realizadas para custear a concessão do auxílio referido no caput deste artigo ficam ressalvadas do limite estabelecido no *inciso III do caput do artigo 167 da Constituição Federal*.

§ 3º A despesa de que trata este artigo deve ser atendida por meio de crédito extraordinário.

§ 4º A abertura do crédito extraordinário referido no § 3º deste artigo dar-se-á independentemente da observância dos requisitos exigidos no *§ 3º do artigo 167 da Constituição Federal*.

§ 5º O disposto neste artigo aplica-se apenas à União, vedada sua adoção pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

Caso se confirme a prorrogação do auxílio emergencial à revelia do limite dado pelo artigo 3º da Emenda 109/2021, restará faticamente comprovada, a bem da verdade, a própria desnecessidade da Emenda Emergencial, bem como ficará evidente seu caráter potencialmente abusivo.

Em tal contexto, cabe indagar se aludida Emenda não teria veiculado a prorrogação do auxílio emergencial apenas para exercer chantagem argumentativa em prol da aprovação do reforço das regras de ajuste fiscal já constantes do teto. Em uma analogia grosseira, a tramitação da PEC 186/2019 (da qual decorreu a EC 109/2021) teria sequestrado fiscalmente o urgente pagamento do auxílio emergencial, na medida em que o postergou nos três primeiros meses deste ano, para, de certa forma, servir de argumento extorsivo para mais uma rodada agressiva de ajustes reducionistas do tamanho do Estado brasileiro.

Em suma, a finalidade da própria Emenda Emergencial está em xeque e é preciso questionar a lesão ao princípio da boa-fé objetiva na desconsideração contraditória (*venire*

contra factum proprium) tanto da vedação ao manejo de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis, quanto do limite fixado constitucionalmente de R\$ 44 bilhões para a continuidade do auxílio emergencial em 2021.

Ideal seria que já tivesse sido alterado o rol de exceções ao teto (§6º do artigo 107 do ADCT), desde a própria Emenda do Orçamento de Guerra, como, aliás, fora feito pela EC 102/2019 para a repartição federativa dos recursos da cessão onerosa do pré-sal. Tal alteração do teto serviria para cobrir a continuidade das despesas de enfrentamento da pandemia de forma planejada e pactuada dentro do PLOA-2021, evitando o manejo abusivo dos créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis.

Não deixa, por sinal, de ser sintomático que se tenha debatido e aprovado a autonomia do Banco Central (Lei Complementar nº 179, de 24 de fevereiro de 2021), sem que se tenha feito qualquer reflexão análoga para aprimorar o funcionamento operacional do SUS.

A alternância factual de quatro ministros da Saúde em menos de um ano e durante a maior pandemia desde 1918 é a face mais dramática da falta de racionalidade gerencial para o SUS. Somem-se a isso a omissão deliberada quanto ao dever de aquisição tempestiva de vacinas e o cancelamento do processo de compra de kits de intubação em agosto de 2020.

Foi uma falsa economia o registro no Relatório Resumido de Execução Orçamentária relativo ao 6º bimestre de 2020 (disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/relatorio-resumido-da-execucao-orcamentaria-rreo/2020/12>) de um saldo inexecutado para o SUS de R\$ 22,826 bilhões pela União em 2020, relativamente aos créditos extraordinários abertos na função Saúde.

É inaceitável tamanha postergação quando havia dotação orçamentária autorizada no bojo do Orçamento de Guerra. Fica evidente, à luz dos dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do sexto bimestre de 2020 que o Ministério da Saúde deliberadamente escolheu adiar a contratação de vacinas, quando era necessária pronta aquisição de doses suficientes para garantir que fosse realizada a mais ampla e imediata cobertura vacinal, tão logo houvesse sua aprovação pelas instâncias competentes. Também escolheu cancelar a compra de kits de intubação ao longo do último semestre do ano passado, recusando-se ao dever prudencial de manter estoques de medicamentos e insumos hospitalares para fazer face à altamente provável continuidade da pandemia em 2021.

Os dados analisados no capítulo anterior deste relatório apontam para uma trajetória fiscal voluntariosa de tentativas e erros no enfrentamento da pandemia. A falta de planejamento sanitário e a ausência de coordenação nacional para o enfrentamento da pandemia impuseram

um caráter errático, curto-prazista e insuficiente tanto da Emenda do Orçamento de Guerra (EC 106/2020) quanto da Emenda Emergencial (EC 109/2021).

O modo como se deu a gestão brasileira da calamidade acarretou, por si só, tanto o agravamento das condições de transmissão do vírus quanto a redução da capacidade operacional de enfrentamento da pandemia. Dito de outro modo, por ser tão curto-prazista, tão falsamente presa a limites fiscais autoimpostos e tão capturada por interesses político-eleitorais (sobretudo em face das eleições municipais de 2020 e do cenário das eleições nacionais de 2022), a gestão brasileira da crise decorrente da Covid-19 acabou por ampliar incomensuravelmente a calamidade.

É possível, pois, apontar a existência de uma calamidade político-gerencial dentro da calamidade sanitária no Brasil, ao custo de centenas de milhares de mortes majoritariamente evitáveis. Cabe aqui, pois, reafirmar que a recém promulgada Emenda 109/2021 chega, nesse contexto, como mais uma resposta francamente insuficiente e inepta para o tamanho da crise em que nos encontramos.

Como bem alertado por Deisy Ventura, Fernando Aith e Rossana Reis, a propagação da Covid-19 no nosso país foi intencional (<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2021/03/propagacao-da-covid-19-no-brasil-foi-intencional.shtml>):

Existe uma estratégia de propagação da Covid-19 no Brasil, implementada sob a liderança do presidente da República, como demonstramos em *estudo publicado em janeiro de 2021*, resultado de investigação do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da USP, em parceria com a Conectas Direitos Humanos. A partir de abril de 2020, o governo federal passou a promover a imunidade coletiva por contágio como meio de resposta à pandemia. Ou seja, optou por favorecer a livre circulação do novo coronavírus, sob o pretexto de que ela naturalmente induziria à imunidade dos indivíduos, e de que a redução da atividade econômica causaria prejuízo maior do que as mortes e sequelas causadas pela doença.

De fato, na seara fiscal, houve escolhas deliberadas no sentido de negar enfrentamento adequado à pandemia. Daí não houve custeio suficiente e tempestivo para amparar as ações e serviços públicos de saúde, não houve coordenação nacional, tampouco execução federativa pactuada conforme planejamento sanitário.

Apenas se priorizou falsamente a economia em detrimento da saúde, de modo a se escolher uma resposta temporal e fiscalmente tão curta, enquanto alguns agentes políticos se lançaram – implícita ou explicitamente – em uma guerra político-federativa com franco interesse em impactar primordialmente as eleições municipais, as eleições das mesas diretoras da Câmara e do Senado e, sobretudo, as eleições nacionais de 2022.

Para superar uma gestão sanitária tão calamitosa como a brasileira, é preciso retomar a origem dos impasses da política pública de saúde brasileira, de modo que o arranjo federativo do SUS seja aprimorado para:

a) Minimizar o baixo ganho de escala nos seus serviços majoritariamente municipalizados (a exemplo dos hospitais de pequeno porte), reorientando seu foco para as regiões de saúde;

b) Afastar o manejo abusivo de exonerações imotivadas dos seus dirigentes (troca-troca que traz perda da memória do serviço e reinvenções voluntaristas da roda, além do alto risco de descontinuidade dos serviços públicos);

c) Garantir aderência da execução orçamentária ao planejamento sanitário, em busca do efetivo atendimento às necessidades de saúde da população e aos riscos epidemiológicos diagnosticados na forma do artigo 36 da Lei 8080/1990 e do artigo 30 da LC 141/2012. Tal ação pressupõe avaliação de desempenho e controle de produtividade mínima nas terceirizações e na gestão de pessoas (sobretudo profissionais médicos e atendimento hospitalar) conforme as metas físicas e financeiras do planejamento sanitário, vedando o risco de desvio patrimonialista dos recursos vinculados ao SUS. É preciso priorizar a prevenção e a promoção da saúde, ao invés de apenas tratar a doença já instalada, onde há maior margem de lucro para a iniciativa privada e maiores retornos financeiros para o terceiro setor;

d) Resguardar custeio suficiente e tempestivo para as ações e serviços públicos de saúde mediante cumprimento das pactuações celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, a que se refere o artigo 14-A da Lei Orgânica do SUS, em caráter vinculante para o ciclo orçamentário de todos os entes da federação: e, por fim, mas não menos importante,

e) Fortalecer os instrumentos de controle social em tempo real e online acerca da gestão sanitária, ampliando a capacidade de a sociedade fiscalizar seus atos e omissões.

Para superar o histórico “estado de coisas inconstitucional do SUS”, ora agravado pelo colapso sanitário da Covid-19, seria necessário debater sua autonomia operacional por meio da instituição de consórcio nacional, sob a forma de associação pública plurifederativa, na forma do artigo 241 da Constituição e da Lei 11.107/2005.

Centenas de milhares de mortes não podem ser acumuladas impunemente. Para uma crise tão aguda e grave, somente uma solução estrutural se revela à altura do desafio do SUS: a saúde pública precisa ser gerida tecnicamente e reclama tanta autonomia quanto o Banco Central.

Afinal, por que se aprovou a autonomia dessa autarquia, se o país não é capaz sequer de discutir as fragilidades operacionais do SUS? Ora, aqui há uma clara ordenação de prioridades: o dever de preservação das vidas de todos os cidadãos que aqui vivem é tão importante quanto o dever de preservar o valor da moeda brasileira.

IV. Considerações finais: hipóteses preliminares acerca do quadro fiscal sanitário brasileiro e algumas indagações para investigação detida pela CPI da Pandemia

A calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19 evidenciou que a saúde pública brasileira se ressentia de crônicos e antigos problemas, como o são, por exemplo:

1) falta de escala mínima na operação das redes de serviços decorrente do pulverizado processo de criação de municípios ocorrido a partir de 1988. Daí decorre que milhares de pequenos municípios não conseguem executar adequadamente as ações e serviços públicos de saúde, com acuidade técnica, sustentabilidade fiscal, qualidade e ganho de escala. Para contornar essa fragmentada e antieconômica capacidade operacional, urge sejam implementadas as regiões de saúde previstas na legislação do Sistema Único de Saúde; assim como seja ampliado o uso dos consórcios públicos.

2) possibilidade ilimitada de troca dos quadros dirigentes, a pretexto de discricionariedade dos agentes políticos nomeantes. Ora, a alta rotatividade dos servidores comissionados e contratados temporários implica onerosa perda da memória do serviço, risco de captura patrimonialista e incapacidade de resguardar a continuidade dos serviços. Se a cada troca nos níveis tático e estratégico de comando na política pública de saúde corresponder uma realidade de terra arrasada em que os que entram negam o aprendizado deixado pelos que saíram e em que se busca, arrogante e irresponsavelmente, reinventar a roda; simplesmente será impossível assegurar racionalidade à máquina pública seja em sua rotina ordinária, seja durante uma situação calamitosa.

3) insegurança jurídica e regressividade fiscal quanto aos critérios quantitativos e qualitativos de rateio das responsabilidades de execução da política pública entre os três níveis da federação e, por conseguinte, judicialização das omissões e vazios assistenciais. Uma guerra fiscal de despesas prejudica a pactuação federativa do SUS, onerando proporcionalmente mais os municípios e mitigando a eficácia do próprio direito fundamental à saúde no Brasil. As disputas federativas e, em especial, a retração da União no custeio das ações e serviços públicos de saúde impõem um desarranjo estrutural ao SUS.

Por fim, mas não menos importante,

4) baixa aderência entre o planejamento setorial e a execução orçamentária, causada pela voluntariosa condução dos recursos públicos tendente à maximização dos ganhos de curto prazo eleitoral, em detrimento das prioridades eleitas pela coletividade para o médio prazo em cada política pública. Durante a pandemia, o cenário é de tragédia anunciada, como se pode

depreender da leitura dos cinco relatórios de acompanhamento feitos pelo TCU no âmbito do TC 014.575/2020-5.

Some-se a isso o fato de que o planejamento é majoritariamente construído de modo protocolar e frágil, o que retroalimenta o problema anterior da sua baixa normatividade e alto nível do seu descumprimento. Esse acúmulo de falhas amplia o espaço de discricionariedade dos gestores responsáveis pela execução intertemporal tanto do planejamento setorial, quanto do ciclo orçamentário. O produto final desse ciclo de precária concepção planejada dos serviços públicos e baixa aderência entre executado e planejado é uma gestão pública francamente suscetível a riscos de captura patrimonialista e pouco profissional. O amadorismo e o imprevisto, na melhor das hipóteses, são manejados para apagar incêndios e, na pior delas, para atender a pleitos paroquiais que trazem severo risco de apropriação privada do interesse público.

Durante a pandemia da Covid-19, esse trato meramente reativo da crise sanitária deu causa – direta ou indiretamente – ao acúmulo de 525.229 mil mortes até este 05 de julho de 2021 (<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/07/05/brasil-ultrapassa-525-mil-mortes-por-covid-media-movel-de-casos-tem-maior-queda-ja-registrada-na-pandemia.ghtml>).

Aludido rol meramente ilustrativo de problemas não esgota os desafios republicanos em busca do aprimoramento da gestão pública, mas os reposiciona em patamar menos infantil. Quem quer melhores serviços públicos, deveria necessariamente enfrentar as complexas dimensões acima tanto em tempos extraordinários de pandemia, quanto em tempos supostamente ordinários.

Quem quer melhores serviços públicos no âmbito do SUS (em momento no qual se debate o “estado de coisas inconstitucional” que lhe acomete, nos moldes da ADPF 822), deveria pautar, antes de mais nada, a necessidade de buscar ganho federativo de escala, sustentabilidade fiscal, governança técnica protegida de ingerências políticas altamente voláteis e aderência entre do executado em face do planejado na consecução de tais serviços.

Na área da saúde, querem gestão privada cada vez maior até mesmo para tentar absorver a atenção primária, que é o nível responsável pela base do levantamento dos riscos epidemiológicos e das necessidades de saúde da população, os quais, por seu turno, perfazem a concepção nuclear do planejamento sanitário.

Ora, tecnicamente não se pode terceirizar o planejamento, tampouco a base de concepção estruturante do SUS, até porque o artigo 2º da Emenda 51/2006 expressamente exige contratação direta de agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

Por outro lado, defender genérica e irrestritamente vários nichos de parcerias público-privadas para aprimorar o SUS traz consigo uma afronta, direta ou indiretamente, ao próprio espírito do §2º do artigo 199 da Constituição de 1988, já que se trata de uma nova fronteira de exploração lucrativa por dentro da essência nuclear da política pública de saúde.

É claro que o Estado precisa celebrar parcerias com o terceiro setor e com o mercado em prol de uma consecução circunstanciadamente adequada dos serviços públicos que lhe incumbe prestar. Obviamente, não se está aqui a sair da tese extrema de eficiência apriorística da iniciativa privada para afirmar o exato oposto da atuação necessária e exclusiva do Estado em toda e qualquer situação fática.

Aristotelicamente, a virtude está no complexo e sofisticado esforço de construção de equilíbrio entre público e privado. Equacionar tais tensões entre ambos os polos, sem afrontar o ordenamento jurídico vigente, é processo de maturação republicana acerca da noção do que seja “coisa pública”, a qual não pode ser apropriada privadamente por quem quer que seja.

O público não é espaço de maximização das utilidades privadas individuais, tampouco o privado é panaceia para uma sociedade ainda tão carente de um senso comum de vida justa. O aprimoramento do SUS, após uma crise sanitária tão funesta, reclama maior e melhor atuação estatal, sem que isso afaste a sociedade da perspectiva republicana de se sentir corresponsável por sua construção coletiva.

IV.1 – Hipóteses preliminares

Múltiplas dimensões concorreram para o resultado verificado na realidade brasileira, entre as quais cabe arrolar como hipóteses exploradas anteriormente ao longo deste relatório e potencialmente a serem investigadas em caráter detido pela CPI da Pandemia:

- 1) Lenta, insuficiente e errática execução orçamentária no 1º semestre de 2020 atrasou a resposta sanitária preventiva, o que agravou o quadro de transmissão sustentada da doença. A omissão da União na aquisição, com ganho de escala nacional, e na distribuição tempestiva de testes, EPI's, respiradores, medicamentos e outros insumos deu causa a disputas federativas fratricidas e a vazios assistenciais na assistência sanitária à população (como se pode ler em <https://exame.com/brasil/governo-ignora-testes-de-covid-19-encalhados-e-culpa-estados-e-municipios/>). O nível municipal, em especial, precisava desses materiais

para executar tempestivamente as medidas de testagem, rastreamento e isolamento dos casos no âmbito da atenção primária e da vigilância sanitária;

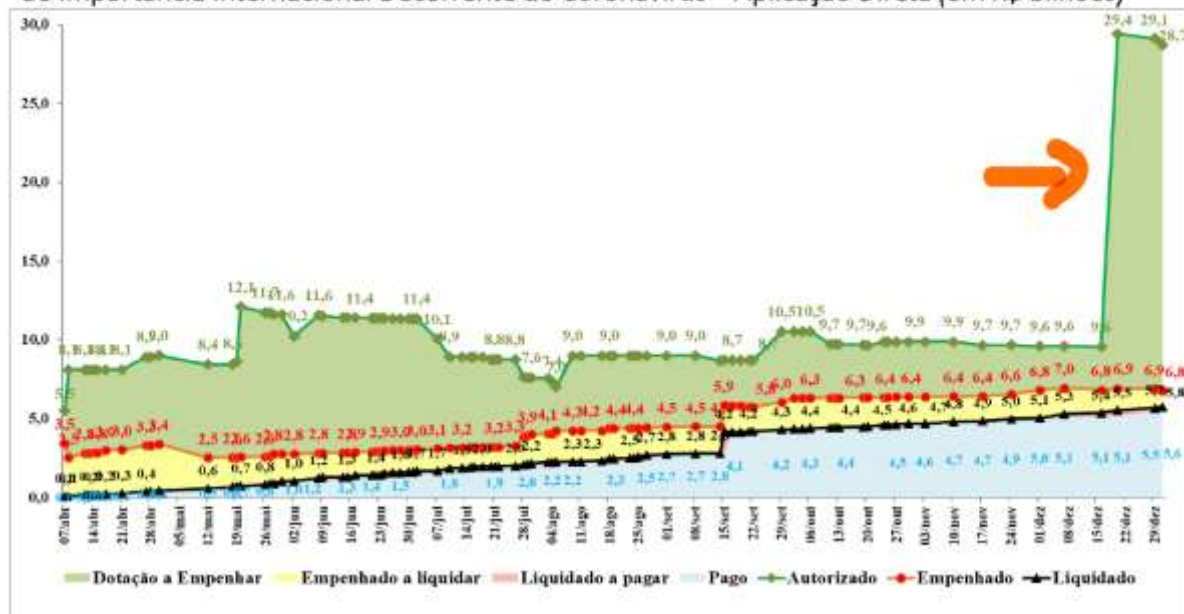
- 2) O custeio das medidas de contenção e mitigação em face do caos sanitário já instalado foi mais oneroso no 2º semestre de 2020 e no 1º semestre de 2021, porque a resposta sanitária foi evidentemente insuficiente e atrasada no 1º semestre de 2020. Muito embora o Orçamento de Guerra, de que trata a Emenda nº 106/2020, tenha afastado as maiores restrições fiscais para a resposta sanitária, social e econômica à Covid-19, a execução das despesas correspondentes no âmbito do SUS ocorreu majoritariamente a partir do 2º semestre de 2020.

Muitas delas, aliás, foram faticamente postergadas para 2021, como se sucedeu com a compra de vacinas. Tal atraso já tem sido mensurado em termos de potencial dano ao erário e em termos de mortes majoritariamente evitáveis (<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,atraso-em-vacinacao-contracovid-19-deve-custar-pelo-menos-r-150-bi-ao-pib-do-pais-em-2021,70003599797> e <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-400-mil-mortes-poderiam-ser-evitadas-governistas-questionam>).

No gráfico abaixo elaborado por Francisco R. Funcia (CNS e USCS), Rodrigo Benevides (Ipea) e Carlos Ocké (Ipea), com dados do SigaBrasil e SIOP até 31/12/2020, para o Conselho Nacional de Saúde, a seta indica a abrupta expansão da faixa de dotação a empenhar no final do ano passado, por força da Medida Provisória 1015, de 17 de dezembro de 2020.

Não significa que o Ministério da Saúde executou tempestiva e plenamente sua disponibilidade orçamentária para a compra de vacinas, apenas prova que a abertura de crédito extraordinário para tanto ocorreu praticamente no apagar das luzes do último exercício financeiro.

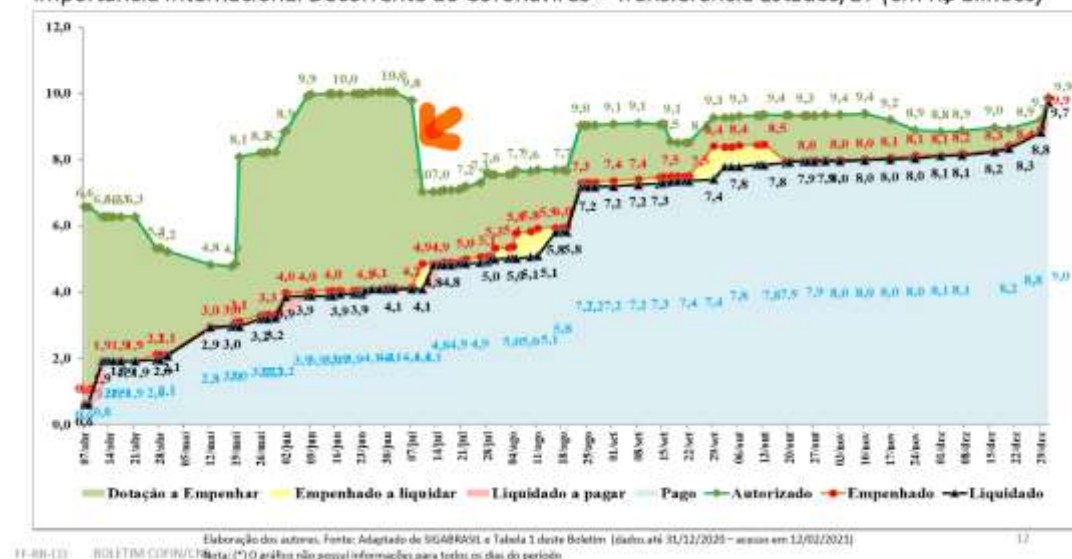
Gráfico 1-F*: Ministério da Saúde - Ação 21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus – Aplicação Direta (em R\$ bilhões)



3) Uma vez frustrada a prevenção e a promoção à saúde no nível municipal ao longo do 1º semestre de 2020, houve a escalada da demanda por assistência hospitalar de média e alta complexidade a cargo dos Estados, sobretudo em unidades de tratamento intensivo nos semestres subsequentes. Não obstante isso, a estimativa de repasses federais para os Estados foi reduzida ao longo do ano de 2020 e no início de 2021 (cabe aqui destacar que houve, até mesmo, a desabilitação de leitos de UTI em plena 2ª onda da pandemia <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/02/13/A-redu%C3%A7%C3%A3o-de-recursos-federais-para-leitos-de-UTI-em-meio-%C3%A0-2%C2%AA-onda>).

No gráfico abaixo, que também foi elaborado por Francisco R. Funcia (CNS e USCS), Rodrigo Benevides (Ipea) e Carlos Ocké (Ipea), com dados do SigaBrasil e SIOP até 31/12/2020, para o Conselho Nacional de Saúde, a seta indica a redução dos repasses do Fundo Nacional para os fundos estaduais de saúde:

Conselho Nacional de Saúde
Gráfico 1-G*: Ministério da Saúde - Ação 21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus – Transferência Estados/DF (em R\$ bilhões)



Interessante notar no gráfico a seguir (elaborado por Francisco R. Funcia) a significativa redução à metade dos repasses federais no âmbito do SUS para Estados e Municípios na comparação entre 2020 e 2021:

Transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (comparação 2021/até 09 de maio com o último quadrimestre de 2020 em R\$ a preços correntes)

2021 - P.O. Covid - Transferências para Estados e Municípios até 09/05/2021				
Modalidade de Aplicação	Empenhado	Liquidado	Pago	RP Pago
31 - Transf. p/ Estados - Fundo a Fundo	1.009.675.546	625.722.547	625.722.547	864.000.000
41 - Transf. p/ Municípios - Fundo a Fundo	2.130.280.288	1.677.929.056	1.677.929.056	143.920.000
Total	3.139.955.834	2.303.651.603	2.303.651.603	1.007.920.000
2020 - Covid - Transferências para Estados e Municípios - Set a Dez/2020				
Modalidade de Aplicação	Empenhado	Liquidado	Pago	RP Pago
31 - Transf. p/ Estados - Fundo a Fundo	2.491.157.175	2.520.662.855	1.790.432.846	
41 - Transf. p/ Municípios - Fundo a Fundo	4.391.385.800	4.812.773.101	4.860.999.149	
Total	6.882.542.975	7.333.435.956	6.651.431.995	0
Diferença % 2021 até 09/maio x 2020 Set a Dez - Covid - Transferências para Estados e Municípios				
Modalidade de Aplicação	Empenhado	Liquidado	Pago + RP Pago	
31 - Transf. p/ Estados - Fundo a Fundo	-59%	-75%	-17%	
41 - Transf. p/ Municípios - Fundo a Fundo	-51%	-65%	-63%	
Total	-54%	-69%	-50%	

Apresentado por Francisco Funcia (maio/2021). Fonte: Adaptado de Siga Brasil

- 4) O atraso na liberação dos recursos da União para os entes subnacionais verificado no 1º semestre de 2020 fez a execução orçamentária do SUS coincidir parcialmente com o calendário eleitoral no nível municipal de 2020. A polarização do governo federal com governos estaduais e a proximidade das eleições locais em novembro de 2020 explicam, em alguma medida, a redução dos repasses aos fundos estaduais

de saúde e a correlata majoração dos repasses aos fundos municipais de saúde. Vale lembrar que a área da saúde também foi beneficiada pela liberação de recursos das emendas de relator marcadas pelo indicador de resultado primário 9 (<https://valor.globo.com/politica/noticia/2021/06/28/cpi-mira-orcamento-secreto-na-saude-para-tirar-blindagem-de-bolsonaro.ghtml>).

A matéria foi alvo de denúncia do falecido Senador Major Olímpio (<https://g1.globo.com/politica/blog/natuza-nery/post/2020/07/24/major-olimpio-diz-ter-recebido-do-governo-oferta-de-liberacao-de-recursos-da-covid-19.ghtml>) e também de apontamento no item 4.1.4 dos autos do Tribunal de Contas da União, que apreciaram as contas do Presidente da República de 2020:

4.1.4. Execução de Despesas Decorrentes de Emendas de Relator-Geral do Orçamento em 2020

Este tópico tem por finalidade analisar, sob o ponto de vista macro, a alocação da programação orçamentária decorrente de emendas de relator-geral ao Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) do exercício de 2020, que passou a ser identificado com codificação própria de identificador de resultado primário (RP-9).

Os fatos referentes à execução orçamentária e financeira das emendas classificadas como RP-9, relativas ao exercício de 2020, foram objeto de análise e realização de diligências no âmbito do TC 000.797/2021-9, da relatoria do ministro Walton Alencar Rodrigues, com o propósito de subsidiar a apreciação das presentes Contas.

[...]

Crêterios de Distribuição das Emendas de Relator-Geral

Diferentemente do que ocorre com as emendas individuais, que dispõem de procedimentos padronizados e centralizados no Siop – que permitem ampla transparência de todas as fases da alocação –, não foram apresentadas evidências quanto à uniformização da sistemática adotada para a distribuição de recursos federais entre os entes subnacionais beneficiários de emendas de relator-geral, ou de bens adquiridos pela União com tais recursos, de forma que fosse assegurada a verificação da equidade na distribuição de bens (adquiridos de forma centralizada) e recursos de emendas RP-9

Em respostas às diligências realizadas de forma centralizada à Presidência da República e ao Ministério da Economia, foram apresentados documentos produzidos por diversos órgãos e entidades, dificultando a comparabilidade dos dados, dada a multiplicidade de procedimentos e respostas apresentadas.

[...]

Na área da saúde especificamente, por força do § 5º do art. 40 da LDO 2020, as emendas parlamentares destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram executadas segundo ato próprio do Ministro da Saúde, cuja distribuição deve observar como parâmetro o cumprimento de metas contratualizadas por integrantes do SUS. Para tanto, foi editada a Portaria MS 488, de 23/3/20, com a finalidade de disciplinar a aplicação de emendas parlamentares que adicionam recursos ao SUS em 2020, conforme declarado em resposta à diligência já caracterizada (peça 42, p. 78-107). Também foi apresentada cópia de ofício do relator-geral do orçamento à Segov, acompanhada de cópia de planilha que indicou a distribuição de recursos de emendas RP-9 entre fundos de saúde de diversos entes subnacionais (peça 42, p. 77-91).

[...]

Apesar da resposta da SOF, as informações extraídas das respostas às diligências expõem a inexistência de procedimentos sistematizados para o monitoramento e avaliação dos critérios de

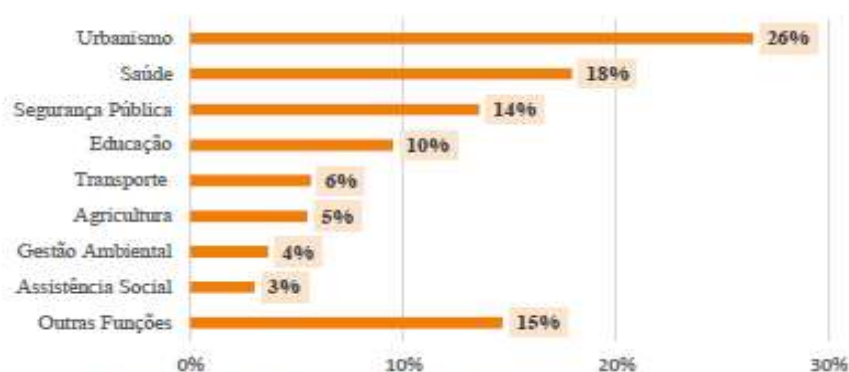
distribuição de emendas RP-9, tal como ocorre, por exemplo, com as emendas individuais por meio do Siop. Se considerarmos o volume expressivo dos valores empregados em políticas públicas relevantes, tais como saúde, educação, segurança pública, dentre outras, aumenta-se o risco sobre a efetividade do planejamento governamental, bem como se coloca em risco a execução das metas, prioridades e até dos percentuais mínimos de alocação de despesas estipulados na Constituição Federal.

[...]

No que tange à distribuição das emendas RP-9 por área de atuação, após as alterações orçamentárias, 68% ficaram concentrados nas funções Urbanismo, Saúde, Segurança Pública e Educação.

Execução das Emendas RP-9 por Função - 2020

Em %

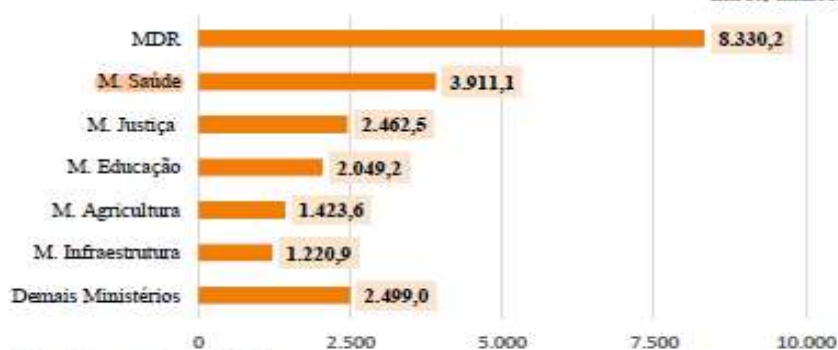


Fonte: Tesouro Gerencial/Siop (Despesas Empenhadas)

O Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR) foi o órgão superior que recebeu o maior volume de dotação, correspondente a 38% das emendas RP-9, seguido dos Ministérios da Saúde (18%), da Justiça (11%), da Educação (9%), da Agricultura (7%) e da Infraestrutura (6%). Juntos, esses órgãos concentraram 89% desse tipo de emenda.

Dotação Atualizada – Emendas (RP-9) – Órgãos Superiores

Em R\$ milhões

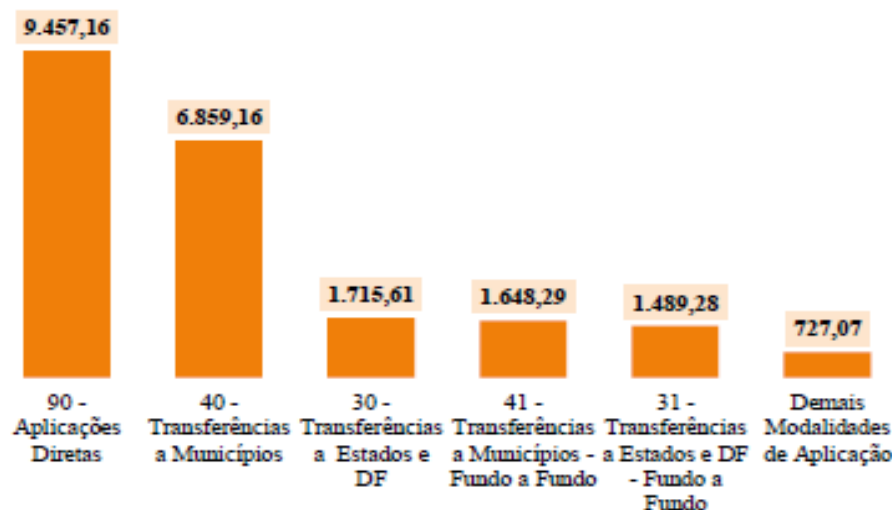


Fonte: Tesouro Gerencial/Siop.

Quanto à forma de aplicação das emendas RP-9, verificou-se que R\$ 9,46 bilhões (43%) foram aplicados diretamente por órgãos e entidades da União (modalidade de aplicação 90), R\$ 8,5 bilhões (39%) distribuídos entre os municípios (modalidades 40 e 41) e R\$ 3,2 bilhões (15%) entre os estados e o Distrito Federal (modalidades 30 e 31). O restante (3%) foi aplicado por meio de outras modalidades.

Dotação Atualizada – Emendas (RP-9) – Modalidade de Aplicação

Em R\$ milhões



Fonte: Tesouro Gerencial/Siop.

[...]

As dotações atualizadas destinadas aos entes subnacionais somaram R\$ 11,71 bilhões, dos quais R\$ 8,57 bilhões (73%) se referem a transferências por meio de convênio e instrumentos congêneres nas modalidades 30 e 40, tendo sido empenhados R\$ 8,48 bilhões. Já os repasses fundo a fundo (modalidades 31 e 41) somaram R\$ 3,14 bilhões (27%), com execução de R\$ 3,12 bilhões, dos quais 40% foram alocados nas funções Saúde (40%), Segurança Pública (40%) e Assistência Social (20%). Ao todo, foram empenhados quase R\$ 11,6 bilhões, em 2020, em favor dos seguintes estados e seus respectivos municípios:

Distribuição das emendas RP-9 entre os estados e respectivos municípios

Estado e seus Municípios	Região	População	Valor Empenhado (R\$)	%	Valores em R\$ 1,00
					R\$ Per Capita
Amapá	Norte	861.773	457.911.000,12	4%	531,36
Roraima	Norte	631.181	272.795.555,47	2%	432,20
Acre	Norte	894.470	228.815.064,21	2%	255,81
Distrito Federal	Centro-Oeste	3.055.149	776.141.904,26	7%	254,04
Tocantins	Norte	1.590.248	322.394.231,56	3%	202,73
Piauí	Nordeste	3.281.480	587.219.609,21	5%	178,95
Amazonas	Norte	4.207.714	661.260.983,80	6%	157,15
Rondônia	Norte	1.796.460	259.458.610,25	2%	144,43
Paraíba	Nordeste	4.039.277	524.337.257,82	5%	129,81
Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste	2.809.394	322.467.502,44	3%	114,78
Rio Grande do Norte	Nordeste	3.534.165	361.232.540,24	3%	102,21
Ceará	Nordeste	9.187.103	754.482.812,11	7%	82,12
Maranhão	Nordeste	7.114.598	570.393.583,36	5%	80,17
Sergipe	Nordeste	2.318.822	171.641.224,73	1%	74,02
Mato Grosso	Centro-Oeste	3.526.220	231.606.841,23	2%	65,68
Alagoas	Nordeste	3.351.343	210.276.366,54	2%	62,74
Goiás	Centro-Oeste	7.113.540	433.754.576,30	4%	60,98
Espírito Santo	Sudeste	4.064.052	188.185.154,63	2%	46,30
Pernambuco	Nordeste	9.616.621	416.788.879,06	4%	43,34
Paraná	Sul	11.516.840	477.105.251,75	4%	41,43
Bahia	Nordeste	14.930.634	576.338.773,00	5%	38,60
Rio de Janeiro	Sudeste	17.366.189	576.187.656,45	5%	33,18
Santa Catarina	Sul	7.252.502	226.129.939,92	2%	31,18
Rio Grande do Sul	Sul	11.422.973	343.799.254,74	3%	30,10
Minas Gerais	Sudeste	21.292.666	600.749.194,11	5%	28,21
Pará	Norte	8.690.745	204.634.323,64	2%	23,55
São Paulo	Sudeste	46.289.333	842.712.196,56	7%	18,21
Total		211.755.492	11.598.820.287,51	100%	

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Tesouro Gerencial.

[...]

A Casa Civil e o Ministério da Economia não dispõem de informações centralizadas sobre como os órgãos e entidades federais recebem e atendem as demandas dos parlamentares para alocação das emendas RP-9. Tal realidade não se revela compatível com a finalidade de se manter um Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal, que compreende as atividades de elaboração, acompanhamento e avaliação de planos, programas e orçamentos, e de realização de estudos e pesquisas socioeconômicas, cujo órgão central é o Ministério da Economia, nos termos dos arts. 3º e 4º da Lei 10.180/2001, ao qual os órgãos setoriais e específicos de orçamento ficam sujeitos à orientação normativa e à supervisão técnica (art. 4º, § 3º).

Nesse cenário de ausência de divulgação dos critérios objetivos e de instrumento centralizado de monitoramento das demandas voltadas para a distribuição das emendas de relator-geral (RP-9), fica comprometida a transparência da alocação de montante expressivo do orçamento da União.

A Lei 13.898/2019 (LDO 2020) traz duas passagens importantes que devem ser consideradas para subsidiar a análise do caráter democrático da distribuição de parcela expressiva de recursos da União. A primeira diz respeito ao art. 77, segundo o qual a execução orçamentária e financeira, no exercício de 2020, das transferências voluntárias de recursos da União, cujos créditos orçamentários não identifiquem nominalmente a localidade beneficiada, inclusive aquelas destinadas genericamente a Estado, fica condicionada à prévia divulgação em sítio eletrônico, pelo concedente, dos critérios de distribuição dos recursos, considerando os indicadores socioeconômicos da população beneficiada pela política pública.

A segunda regra em destaque dispõe que a execução da LOA 2020 e dos créditos adicionais obedecerá aos “princípios constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência na administração pública federal, e não poderá ser utilizada para influenciar na apreciação de proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional”, conforme art. 142 da LDO.

[...]

A distribuição de emendas parlamentares por dezenas de ofícios e planilhas não se demonstra compatível com o arcabouço jurídico-constitucional. Não é razoável supor que emendas parlamentares sejam alocadas – no ente central que deve ser exemplo para toda a Federação – a partir de dezenas de ofícios, sem que sejam assegurados dados abertos em sistema de registro centralizado que permitam a transparência ativa, a comparabilidade e a rastreabilidade por qualquer cidadão e órgãos de controle. A realidade identificada não reflete os princípios constitucionais, as regras de transparência e a noção de *accountability*, razão pela qual deve ser objeto de recomendação.

Em derradeiro, convém registrar que as questões atinentes à suposta aplicação irregular dos recursos alocados sob a forma de RP-9 são objeto de apuração em processos específicos (TC 014.280/2021-3 – relatoria ministro Weder de Oliveira; TC 014.336/2021-9 – relatoria ministro Raimundo Carreiro; TC 014.337/2021-5, TC 014.821/2021-4 e TC 014.820/2021-8 – relatoria ministro Jorge de Oliveira; TC 000.224/2021-9 – relatoria ministro Augusto Sherman), os quais se encontram sob análise e instrução da Secretaria de Controle Externo de Aquisições Logísticas (Selog), da Secretaria de Fiscalização de Infraestrutura Urbana (SeinfraUrbana), da Secretaria de Controle Externo da Administração de Estado (SecexAdmin) e da Secretaria de Infraestrutura Hídrica, de Comunicações e de Mineração (SeinfraCOM).

Além dessas fiscalizações, cabe ressaltar a tramitação de Consulta formulada pelo Mapa versando sobre dificuldades operacionais quanto à execução de emendas parlamentares, conforme TC 024.805/2020-3 (rel. ministro André Luiz de Carvalho), que se encontra em fase de instrução.

RECOMENDAÇÃO

Recomendar à Presidência da República, à Casa Civil da Presidência da República e ao Ministério da Economia para que:

- quanto ao orçamento do exercício de 2020, deem ampla publicidade, em plataforma centralizada de acesso público, aos documentos encaminhados aos órgãos e entidades federais que embasaram as demandas e/ou resultaram na distribuição de recursos das emendas de relator-geral (RP-9);
- quanto à execução do orçamento de 2021, adotem as medidas necessárias no sentido de que todas as demandas de parlamentares voltadas para distribuição de emendas de relator-geral, independentemente da modalidade de aplicação, sejam registradas em plataforma eletrônica centralizada mantida pelo órgão central do Sistema de Planejamento e Orçamento Federal previsto nos arts. 3º e 4º da Lei 10.180/2001, da qual seja assegurado amplo acesso público, com medidas de fomento à transparência ativa, assim como seja garantida a comparabilidade e a rastreabilidade dos dados referentes às solicitações/pedidos de distribuição de emendas e sua respectiva execução, em conformidade com os princípios da publicidade e transparência previstos nos arts. 37, *caput*, e 163-A da Constituição Federal, com o art. 3º da Lei 12.527/2011 e art. 48 da Lei Complementar 101/2000.



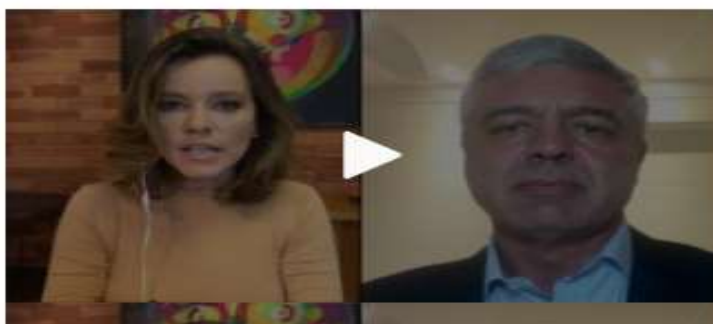
Por Natuza Nery

Comentarista de política e economia da GloboNews e da CBN

Major Olímpio diz que governo está fazendo 'toma lá dá cá' com dinheiro do combate à Covid-19

De acordo com senador, um representante do governo ofereceu R\$ 30 milhões em emendas parlamentares. Declaração foi dada durante debate no Jornal das Dez da GloboNews, na noite desta quinta-feira (23).

24/07/2020 08h26 - Atualizado há 11 meses



O senador Major Olímpio (PSL-SP) disse ter recebido de um representante do governo a oferta de liberação de recursos públicos para o combate à Covid-19. Mas, segundo ele, a oferta não era para todos os senadores e não havia critérios objetivos, e sim políticos, para a distribuição da verba parlamentar.

A declaração do senador foi dada durante debate no Jornal das Dez (J10) da GloboNews, na noite desta quinta-feira (23) - [assista ao vídeo acima](#).

De acordo com Major Olímpio, um representante do governo Bolsonaro ofereceu R\$ 30 milhões em emendas parlamentares.

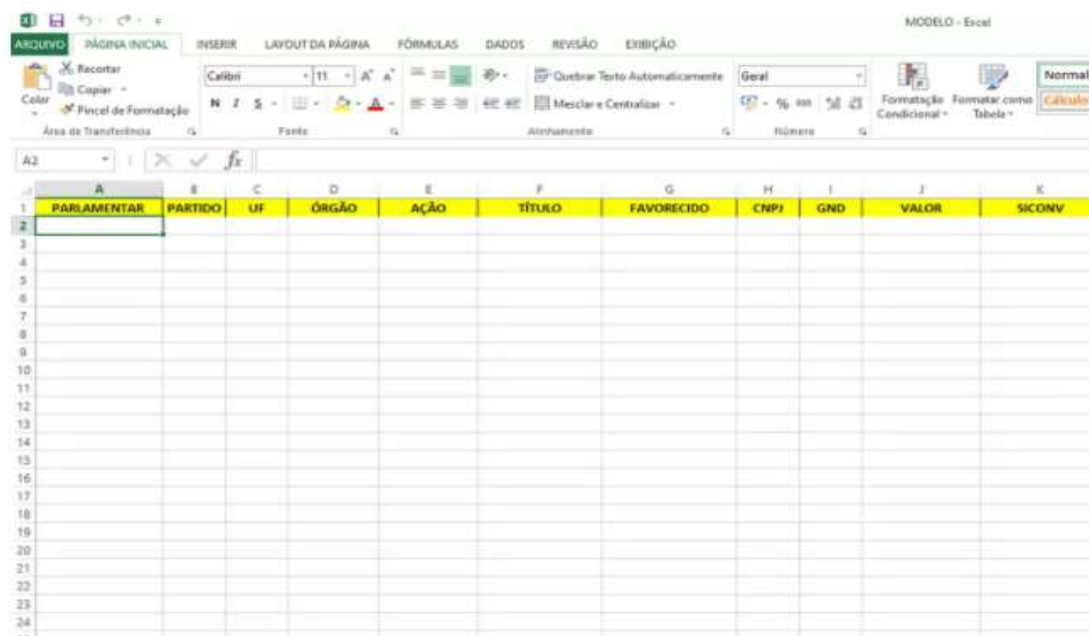
"No Senado foram oferecidos, sim, a inúmeros senadores, R\$ 30 milhões para indicar nas suas bases políticas. Te mando a planilha com 11 itens e até com orientação para escrever na planilha 'Covid 19', no começo de junho para pagar e já pagou agora em julho", disse.

"Foi o toma lá, não teve o dá cá, mas com dinheiro do Covid, sim", acrescentou o senador

O senador disse que isso está ocorrendo no Senado. "Tem senadores que já confirmaram que fizeram distribuição nos seus estados, por critérios que o senador escolheu."

O senador repassou ao blog a planilha que diz ter recebido para que incluísse seus dados ([veja abaixo](#)).

Durante o debate, o senador foi questionado sobre quem havia oferecido os recursos, se seria um senador. "Não, não, alguém falando pelo governo. Não foi um senador, não", afirmou.

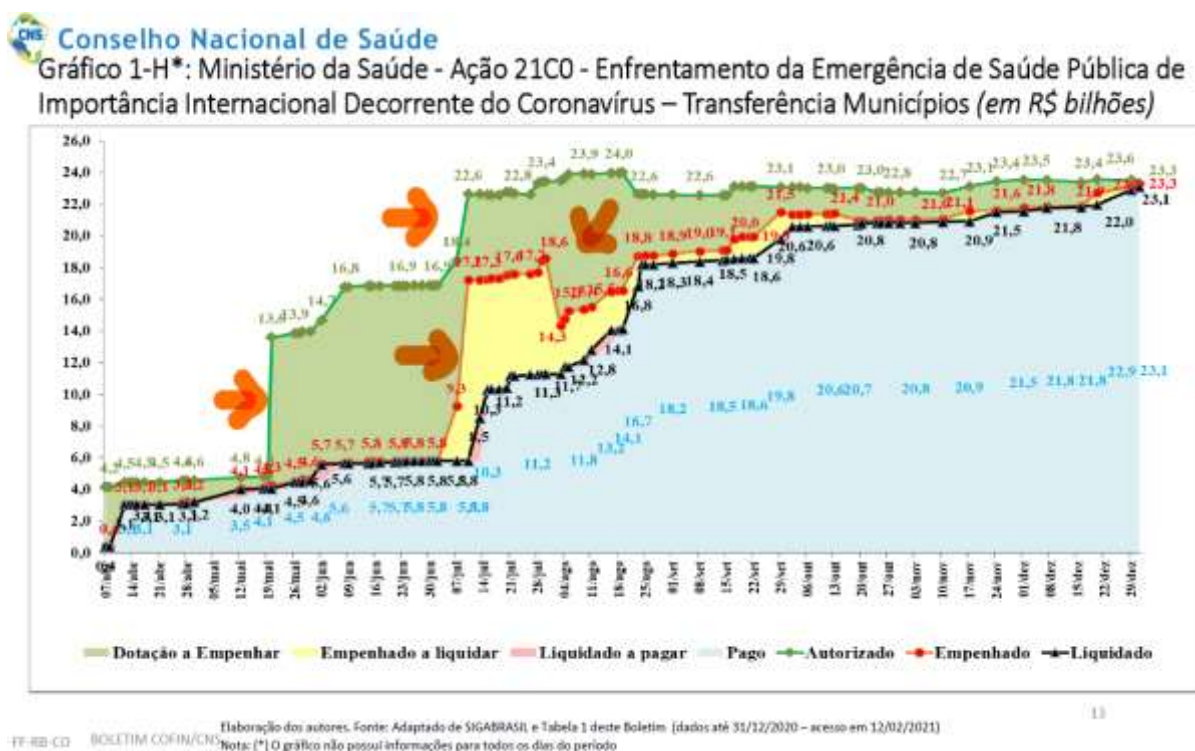


Planilha que o senador diz ter sido entregue a ele para que incluísse seu nome e dados para liberação da emenda parlamentar — Foto: Reprodução

- 5) Por outro lado, a pulverização dos recursos no nível local, sem critérios impessoais e com baixíssima aderência ao planejamento sanitário, potencializou o risco de abuso de poder político nas eleições municipais (como noticiado em <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/doacoes-de-politicos-para-combate-ao-coronavirus-entram-na-mira-da-justica-eleitoral.shtml> e analisado em <https://www.hojeemdia.com.br/opini%C3%A3o/blogs/opini%C3%A3o-1.363900/novo-coronav%C3%ADrus-distribui%C3%A7%C3%A3o-de-bens-e-abusos-de-poder-1.783537>), bem como o risco de apropriação privada de recursos públicos (<https://www.poder360.com.br/governo/cgu-estima-prejuizo-de-r-126-milhoes-em-desvios-de-verbas-da-pandemia/>).

No gráfico abaixo, terceiro elaborado em coautoria por Francisco R. Funcia (CNS e USCS), Rodrigo Benevides (Ipea) e Carlos Ocké (Ipea), com dados do SigaBrasil e SIOP até 31/12/2020, para o Conselho Nacional de Saúde, as setas indicam as oscilações e o ritmo de execução orçamentária dos repasses federais aos municípios, valendo destacar que a área em verde não significa efetiva realização de ações e

serviços públicos de saúde (mera disponibilidade de dotação), cujos empenho, liquidação e pagamento são mais lentos e menores até quase o final do exercício financeiro:



- 6) Durante o ano de 2020, a falseada tese de que a pandemia estaria resolvida até 31 de dezembro de 2020 lastreou a proposta de retomada do teto de despesas primárias (dado pela Emenda 95/2016) a partir de 1º de janeiro de 2021, desde o envio do projeto de lei de diretrizes orçamentárias da União ocorrido em 15 de abril de 2020. Tal aposta temerária persistiu no envio do projeto de lei de orçamento anual para 2021, ocorrido em 31 de agosto de 2020, quando o governo federal simplesmente não previu qualquer centavo para a continuidade do custeio das medidas sanitárias de enfrentamento à pandemia no âmbito da ação 21C0. Tal opção abriu espaço para o manejo abusivo e inconstitucional de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis em 2021.

- 7) O volume de recursos disponível no SUS em 2021 é consideravelmente inferior à demanda reprimida dos atendimentos ordinários que ficaram represados no ano passado (como noticiado em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/porta-de-entrada-do-sus-atencao-primaria-tem-queda-de-49-de-consultas.shtml>).
- 8) O Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems manifestaram preocupação com a insuficiência da dotação orçamentária do Ministério da Saúde na LOA-2021 da União (<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1572-cns-conass-e-conasems-debatem-preocupacoes-conjuntas-sobre-orcamento-da-saude-e-continuidade-da-campanha-de-vacinacao>) para manter as medidas excepcionais de enfrentamento à Covid-19 no presente exercício financeiro.
- A esse respeito, vale a pena ler a demanda por R\$40 bilhões adicionais para o custeio do SUS, apresentada ao Ministério da Saúde pelos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde em 27 de maio de 2021 (https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/05/011-Ao-Ministro-Sau%CC%81de_Suplementac%CC%A7a%CC%83o-Orc%CC%A7amenta%CC%81ria.pdf):

OFÍCIO CONJUNTO CONASS CONASEMS Nº 011

Brasília, 27 de maio de 2021.

Ao Senhor
MARCELO QUEIROGA
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Suplementação Orçamentária.

Senhor Ministro,

A continuidade e o comportamento da pandemia no Brasil, com sinais claros de agravamento e as consequências dela decorrente, visto que 18 estados da federação já apresentam percentual de ocupação dos leitos de UTI superior a 80%, impõem que reiteremos a Vossa Excelência a necessidade de suplementação orçamentária, solicitada pelo Ofício Conjunto no. 05, de 30 de março do ano em curso (cópia anexa).

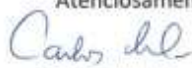
Diante do cenário gravíssimo em que estamos, e no intuito de que o Sistema Único de Saúde – SUS continue respondendo de forma efetiva ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, é preciso que os recursos para o financiamento do SUS previstos no orçamento do Ministério da Saúde, por meio da Lei Orçamentária Anual/ 2021, atendam as demandas dos entes federados para a oferta das ações e serviços públicos de saúde em todo território brasileiro. Cumpre ressaltar que o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde agravou-se ainda mais com a crise sanitária, assim como a redução do orçamento da saúde para 2021, quando comparado ao ano anterior.

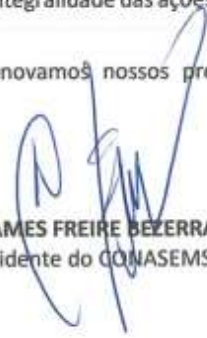
Assim, faz-se necessária a alocação urgente de créditos adicionais ao orçamento de 2021 do Ministério da Saúde no valor de R\$ 40 bilhões (quarenta bilhões de reais) para que sejam transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios para as ações ligadas ao atendimento hospitalar; ao custeio das ações de atenção primária e atenção especializada; à aquisição de suprimentos, insumos e equipamentos; às ações de vigilância em saúde e à assistência farmacêutica.

O atual momento da pandemia reforça a importância do SUS como o protagonista principal desse enfrentamento, sem perder de vista a necessidade da continuidade do processo de atenção à saúde da população, nas outras situações de risco ou de agravos à saúde.

Para que o SUS possa responder aos enormes desafios da saúde pública, agravados pelo cenário da pandemia da Covid-19, bem como os que virão nos próximos anos, é preciso que seja adequadamente financiado para garantir a universalidade e a integralidade das ações e serviços de saúde a toda população brasileira.

Esperando contar com sua habitual atenção, renovamos nossos protestos de elevada consideração.

Atenciosamente,

CARLOS LULA
Presidente do CONASS


WILAMES FREIRE BEZERRA
Presidente do CONASEMS

- 9) A imprudência fiscal da União em relação à falta de prorrogação do Orçamento de Guerra e à falta de revisão do teto dado pela Emenda 95/2016 se fez sentir nas suas leis de diretrizes e de orçamento anual para 2021. A própria tramitação do PLDO e do PLOA-2021 foi controversa e temporalmente arrastada, bem como trouxe hipóteses consideráveis de burla ao devido processo legislativo orçamentário. Exemplificam tal cenário a subestimativa de despesas obrigatórias para abrir margem fiscal para o custeio de emendas parlamentares de relator (sob indicador de resultado primário 9) e a abertura de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis em 2021. A isso se soma a descontinuidade do auxílio emergencial no primeiro trimestre deste ano, a pretexto da aprovação de um subteto para seu custeio na Emenda 109, de 15 de março de 2021. O subteto de R\$ 44 bilhões, pouco tempo depois de inserido no art. 3º da Emenda 109/2021, foi rechaçado pelo próprio Executivo federal, diante da necessidade de uma terceira prorrogação do instrumento de assistência aos mais vulneráveis diante da persistência da pandemia;
- 10) A instabilidade operacional no Ministério da Saúde pode ter dado causa à opacidade e à fragilidade do plano de trabalho, vez que ali 4 (quatro) ministros se sucederam ao longo da pandemia. É importante investigar a hipótese de militarização da execução orçamentária de parte dos recursos do FNS e da Ação 21CO, até mesmo em face do risco de afronta aos limites constitucionais para manejo de créditos extraordinários, os quais não podem ser destinados ao custeio de despesas ordinárias de manutenção de quaisquer órgãos, sejam eles militares ou não.
- Cabe salientar a inclusão do § 2º, e seu inciso II, no art. 2º da Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020 – Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2021 – LDO 2021, por meio da edição da Lei nº 14.143, de 21 de abril de 2021, que estabelece, para o exercício de 2021, reduzidas hipóteses de despesas a serem computadas fora do teto e da meta de resultado primário. A hipótese de custeio de despesas regulares do Ministério da Defesa como se fossem enfrentamento sanitário direto e imediato à pandemia (com recursos do FNS oriundos de créditos extraordinários) merece investigação adicional dos órgãos de controle competentes, conforme dados constantes do Anexo 2 deste relatório.

Vale lembrar que a ação 21C0, em 2020, foi a principal via de custeio da resposta sanitária à pandemia. Segundo dados do Tesouro Nacional (disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>), na ação 21C0 foram pagos em 2020 R\$43,9 bilhões, dos quais R\$39,4 bilhões no Ministério da Saúde; R\$2,8 bilhões no Ministério da Cidadania; R\$435,4 milhões no Ministério da Defesa; R\$426,7 milhões no Ministério da Educação e R\$422,6 milhões no Ministério de Ciência e Tecnologia. Ou seja, nos gastos especificamente destinados à política pública de saúde para o enfrentamento da pandemia no Brasil em 2020, o Ministério da Defesa ficou à frente dos Ministérios da Educação e Ciência e Tecnologia, mesmo esses últimos tendo, sob sua responsabilidade, hospitais universitários e fortes demandas sociais por pesquisas e inovação tecnológica em saúde.

Vale lembrar, por fim, a existência de um volume considerável de gastos com assistência médica aos militares custeados com créditos extraordinários abertos para o enfrentamento à pandemia fora do teto e aparentemente triangulando pelo SUS, sendo que os militares não liberaram leitos dos seus hospitais funcionais para atendimento aos cidadãos com Covid-19 durante a pandemia (<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/05/forcas-armadas-negaram-leitos-disponiveis-em-hospitais-militares-mostram-documentos-da-cpi-da-covid.shtml>)

IV.2 Indagações que reclamam investigação adicional

- 1) É possível verificar a ocorrência de dolo específico no descumprimento reiterado às deliberações do TCU constantes dos Acórdãos 1.335, 1.888, 2.81 e 4.049, todos do Plenário, prolatados em 2020 e de relatoria do Ministro Benjamin Zymler?
- 2) Despesas executadas por unidades gestoras militares seriam tentativa de custeio de despesas ordinárias por meio de créditos extraordinários, em eventual hipótese de burla ao art. 167, §3º da CF, à ADI 4048 e ao teto dado pela EC 95/2016?
- 3) A pulverização das despesas em planos orçamentários distintos (ao invés de manter o foco na ação 21C0), ao longo de 2021, prejudica a transparência e o controle do enfrentamento à pandemia neste 2º ano de crise sanitária?
- 4) A falta de prioridade (em termos de execução orçamentária veloz e suficiente) para o fortalecimento da capacidade de testagem, rastreamento e isolamento de casos pela atenção primária à saúde no 1º semestre de 2020 custou mais caro ao SUS? É possível imputar e quantificar o dano ao erário e à sociedade nesse caso?
- 5) O caráter reativo e atrasado dos repasses federativos teve por finalidade, direta ou indiretamente, repercutir sobre o processo eleitoral municipal do 2º semestre de 2020?
- 6) Onde houve o manejo de hospitais de campanha terceirizados, diante da ociosidade da capacidade instalada nas redes pública e privada de assistência hospitalar à saúde? Trata-se de escolha antieconômica com algum interesse ilícito?
- 7) O caráter fragmentado, subjetivo e atrasado nos repasses aos municípios (às vésperas do processo eleitoral) em 2020, com significativas sobras de caixa no final do exercício e, por vezes, desvios, foi consequência do descasamento temporal do enfrentamento à pandemia com a sua respectiva execução orçamentária?
- 8) Há abuso no manejo de créditos extraordinários para atender a despesas previsíveis em 2021, por falta de planejamento em 2020, afronta ao princípio da separação de poderes e ao teto, bem como lesão ao devido processo legislativo orçamentário?
- 9) É possível quantificar o custo em termos de mortes evitáveis e de dano ao erário pela pressuposição de que a pandemia supostamente acabaria em 31/12/2020? A retomada do teto em 2021, definida desde envio do PLDO-2021 em abril de 2020, marcou o curto prazo da resposta federal?
- 10) É quantificável o dano da descontinuidade no pagamento do auxílio emergencial, na compra insuficiente e intempestiva de vacinas, no cancelamento da compra de kits de intubação,

na desmobilização de leitos de UTI etc? Como quantificar os riscos fiscais associados a eventuais demandas judiciais por reparação de danos em relação a mais de 525 mil mortos?

11) Qual foi o custo fiscal associado às sucessivas trocas de níveis de comando estratégico e táticos no Ministério da Saúde ao longo da pandemia?

12) Como aprimorar o arranjo federativo e financeiro do SUS para superar o “estado de coisas inconstitucional” em que a política pública de saúde brasileira se encontra?

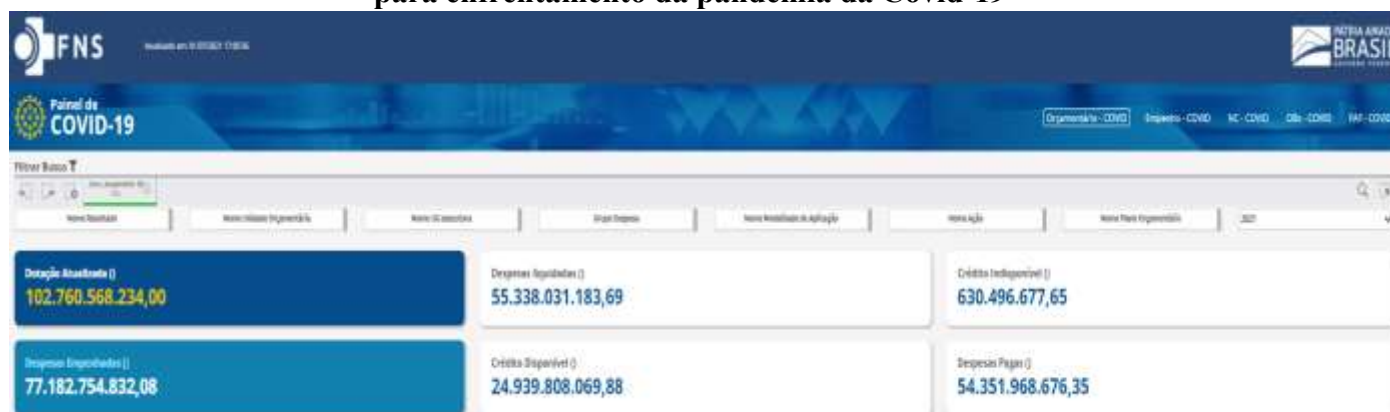
Anexos

- 1) Dados da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde (extraídos do portal https://painelms.saude.gov.br/extensions/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html#), sobretudo relacionados à cronologia dos repasses aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde
- 2) Dados da execução orçamentária de recursos da Ação 21C0 (ação especificamente destinada ao enfrentamento sanitário da pandemia) executados por órgãos militares, em especial dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde e também da execução orçamentária de créditos extraordinários, no âmbito do Orçamento de Guerra (EC 106/2020) com assistência à saúde funcional realizada pelo Ministério da Defesa
- 3) Portaria nº 1.16.000.001338/2020-15 do Ministério Público Federal – MPF que instaurou Inquérito Civil Público acerca da execução orçamentária do Ministério da Saúde durante a pandemia da Covid-19
- 4) Recomendações nº 49 e 71, ambas de 2020, emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde durante a pandemia da Covid-19
- 5) Acórdãos do Plenário do Tribunal de Contas da União nº 4.049/2020, 2.817/2020, 1.888/2020 e 1.335/2020, que visaram ao acompanhamento da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia, 5º Relatório de Acompanhamento e respectivo Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler nos autos do TC 014.575/2020-5 e outros Acórdãos do TCU em matérias correlatas
- 6) Artigo de Francisco R. Funcia denominado **Até quando? Subsídios para a CPI da Covid-19**, publicado em 14 de abril de 2021 e disponível em <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/funcia-da-subsidios-a-cpi-da-covid-sobre-a-irresponsabilidade-federal-no-custeio-ao-combate-da-pandemia.html>
- 7) Artigo de Élidea Graziane Pinto, denominado **“E se a CPI da Pandemia investigasse o caos fiscal do SUS?”**, publicado em 1º de junho de 2021 e disponível em <https://www.conjur.com.br/2021-jun-01/contas-vista-cpi-covid-senado-investigasse-caos-fiscal-sus>
- 8) Artigo de José Roberto Afonso e Élidea Graziane Pinto, denominado **“Pouca Saúde”**, publicado em 20 de maio de 2020 e disponível em <https://diplomatie.org.br/pouca-saude/> e em <https://joserobertoafonso.com.br/attachment/199890>

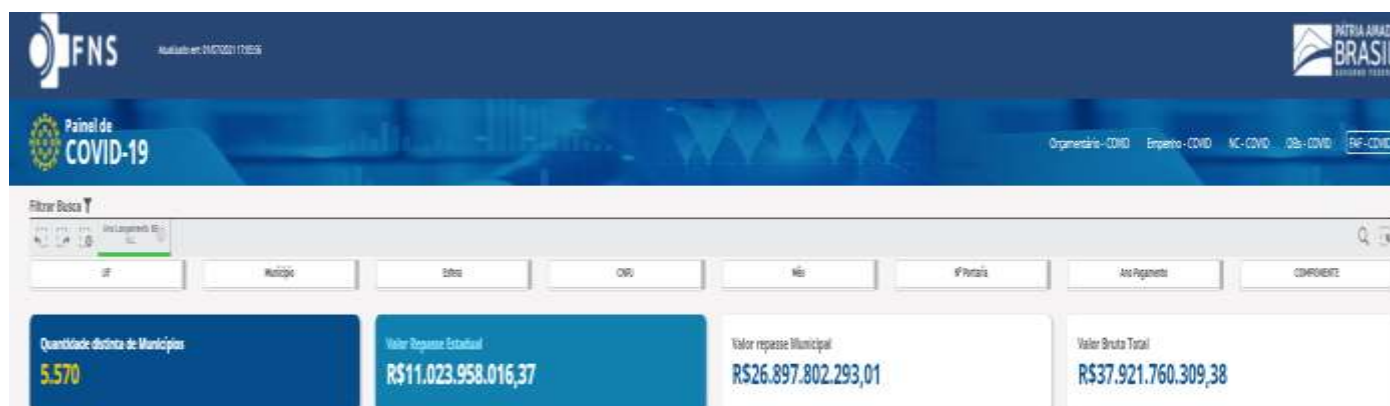
Anexo 1

Dados da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde (extraídos do portal https://painelms.saude.gov.br/extensions/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html#), sobretudo relacionados à cronologia dos repasses aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde

Execução orçamentária global no âmbito do Fundo Nacional de Saúde em 2020 e 2021 para enfrentamento da pandemia da Covid-19

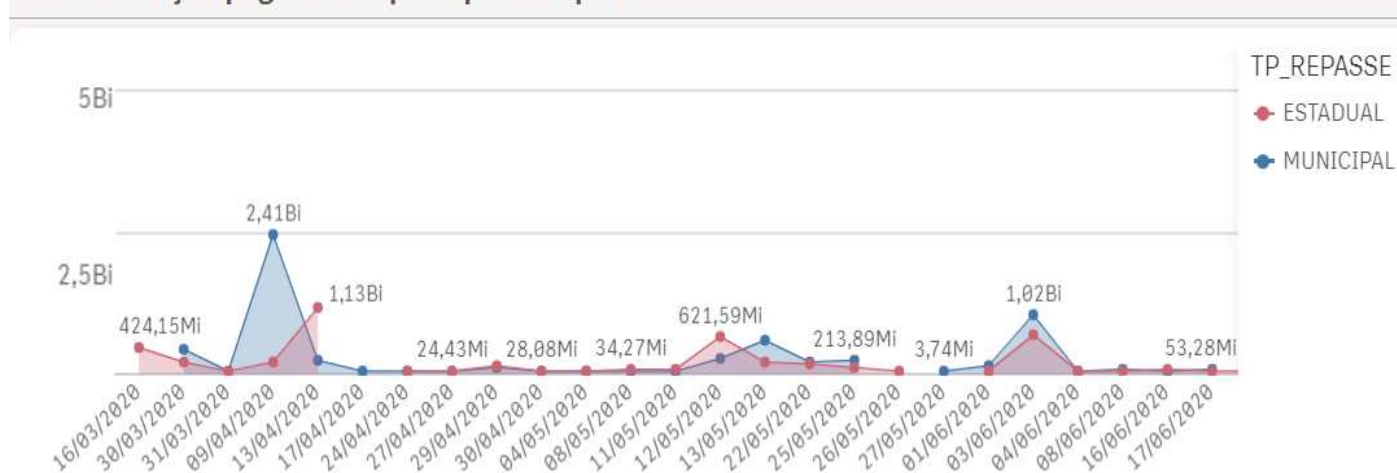


Valores totais repassados fundo-a-fundo no âmbito do arranjo federativo do SUS em 2020 e 2021



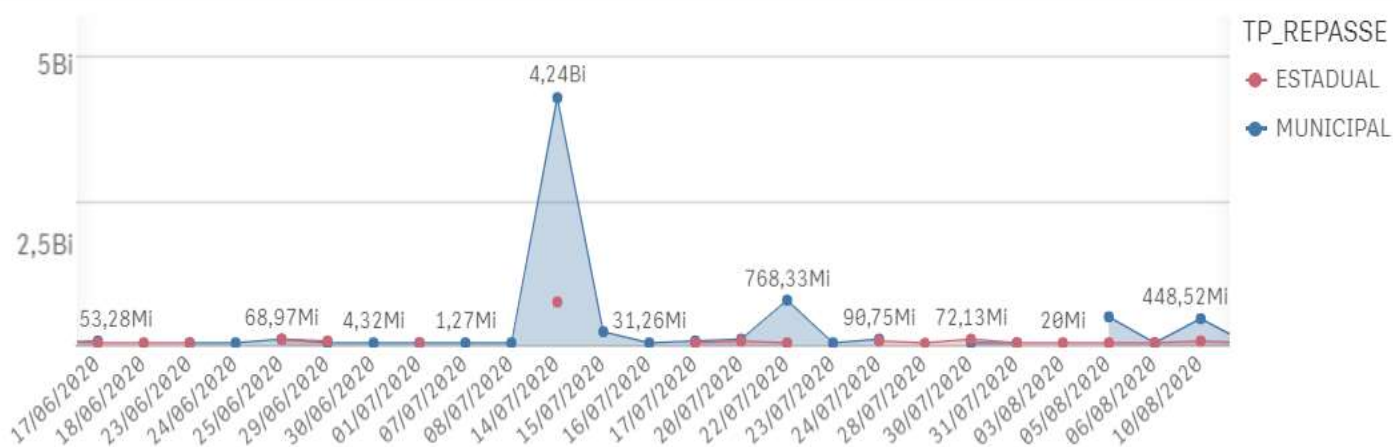
Redução dos repasses fundo-a-fundo no intervalo da primeira troca de Ministros da Saúde entre abril e maio

Data liberação pagamento por tipo de repasse



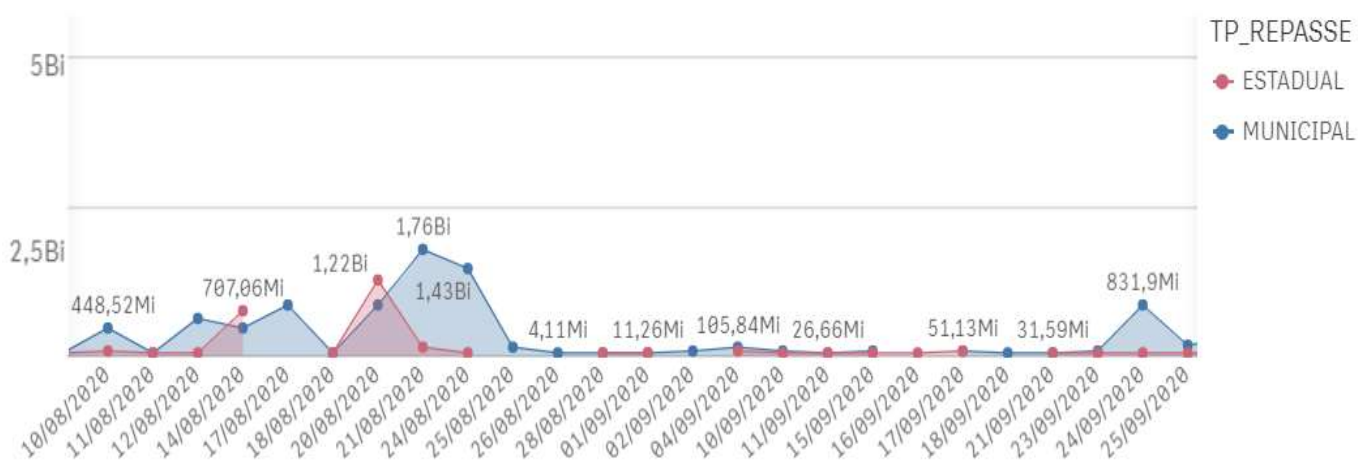
Majoração da resposta sanitária, sobretudo por meio de repasses aos municípios, a partir da Portaria MS nº 1.666, de 1º de julho de 2020

Data liberação pagamento por tipo de repasse



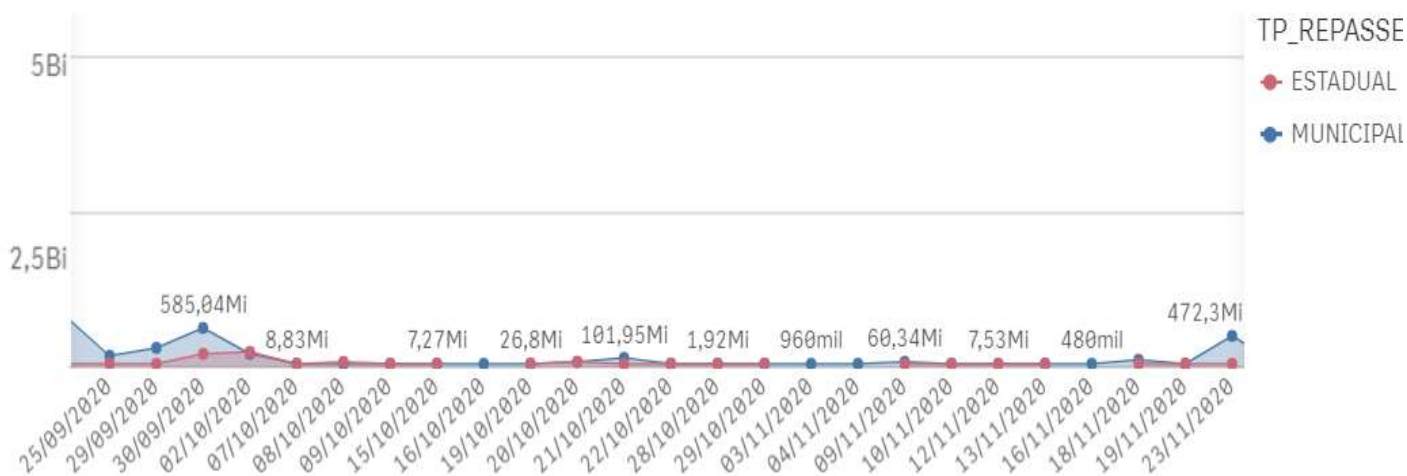
Fluxo da liberação dos recursos do FNS aos fundos estaduais e municipais em agosto e setembro de 2020

Data liberação pagamento por tipo de repasse



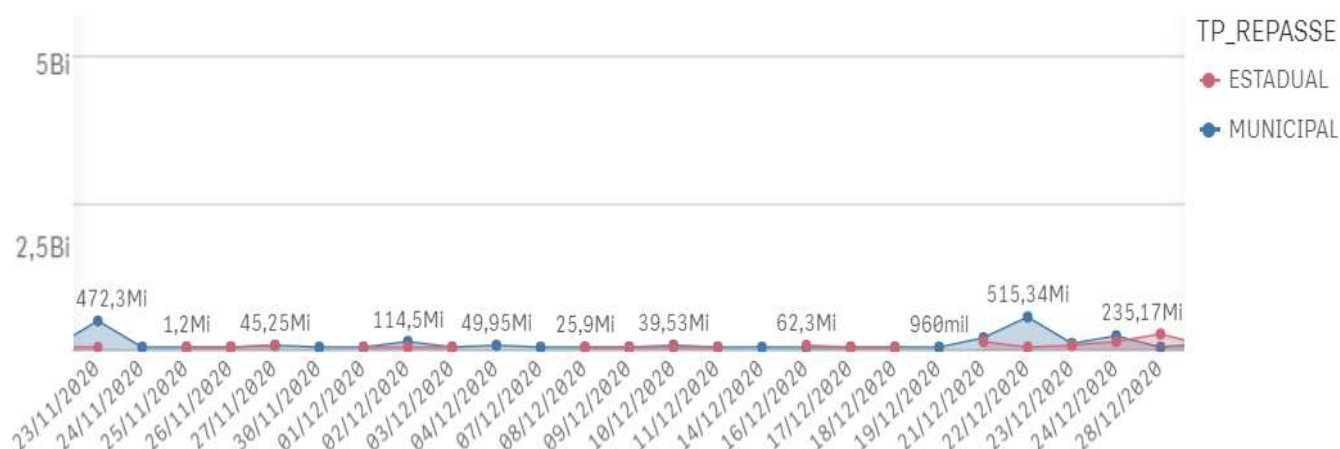
Redução dos repasses federativos, a partir de outubro de 2020, quando em que se acreditava no arrefecimento da pandemia e imprudentemente não se planejou para a possibilidade de uma 2ª onda (como se pode ler em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/10/25/brasil-vive-momento-de-recuo-da-pandemia-mas-2-onda-na-europa-acende-alerta>)

Data liberação pagamento por tipo de repasse



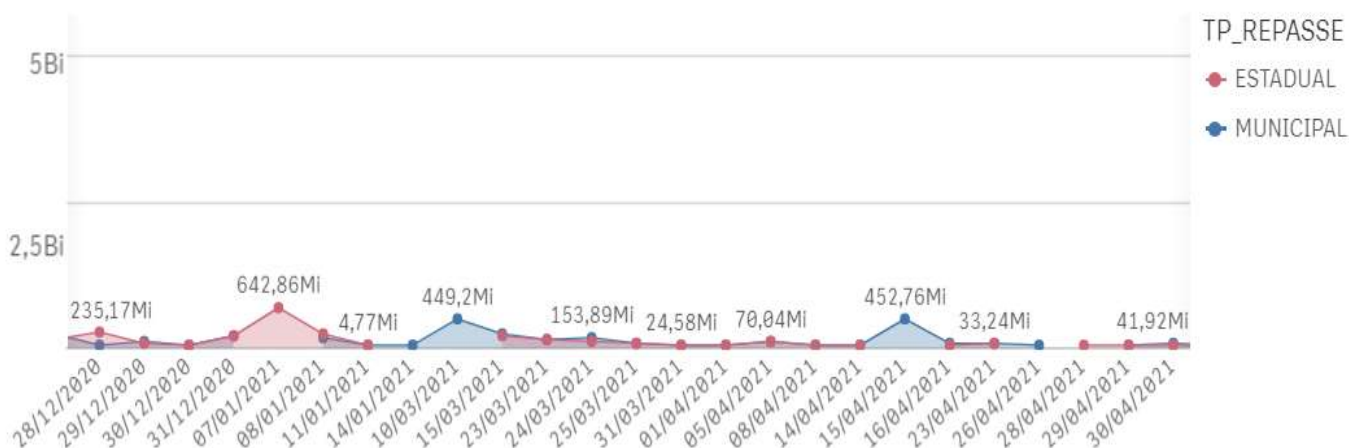
Persistência da baixa transferência de recursos ao SUS em novembro e dezembro de 2020, época em que foram desabilitados milhares de leitos de UTI (como se pode ler em <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/reporter-brasil/2020/12/16/sus-perde-1-a-cada-3-leitos-de-uti-para-covid-19-desde-julho.htm>)

Data liberação pagamento por tipo de repasse



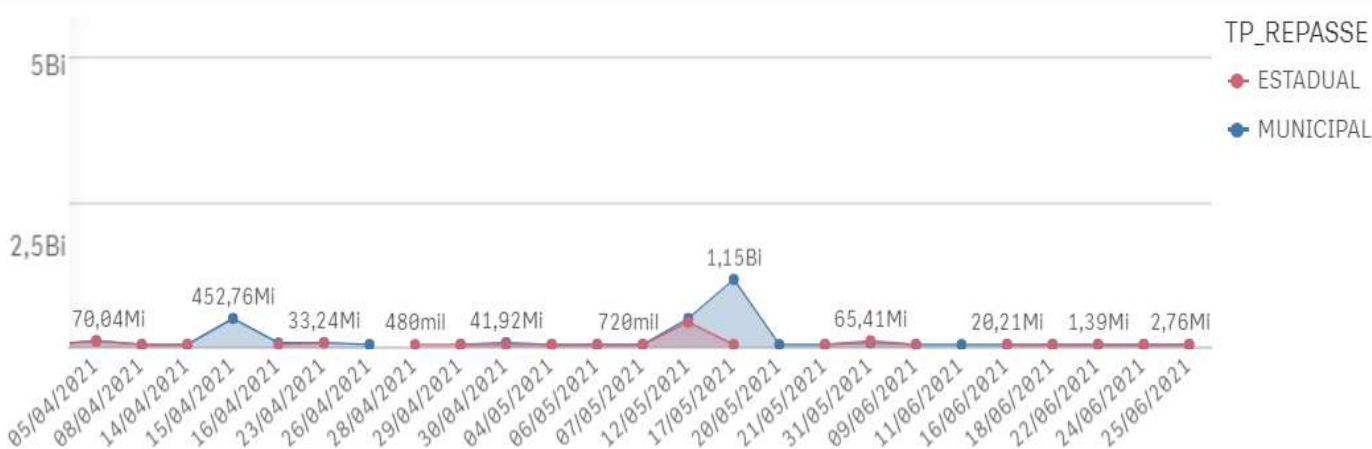
Reduzido fluxo da liberação dos recursos do FNS aos fundos estaduais e municipais no 1º quadrimestre de 2021 por força do impasse na aprovação e sanção da LOA-2021 da União

Data liberação pagamento por tipo de repasse



Fluxo da liberação dos recursos do FNS aos fundos estaduais e municipais em maio e junho de 2021, quando os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde solicitaram majoração em R\$ 40 bilhões dos recursos disponibilizados ao SUS para o enfrentamento da pandemia (como se pode ler em <https://www.poder360.com.br/coronavirus/estados-e-municipios-pedem-adicao-de-r-40-bilhoes-ao-orcamento-da-saude/>)

Data liberação pagamento por tipo de repasse



Anexo 2

Dados da execução orçamentária de recursos da Ação 21C0 (ação específica destinada ao enfrentamento sanitário da pandemia) executados por órgãos militares, em especial dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde e também da execução orçamentária de créditos extraordinários, no âmbito do Orçamento de Guerra (EC 106/2020) com assistência à saúde funcional realizada pelo Ministério da Defesa

Detalhamento de despesas pagas na Ação 21CO, oriundas de créditos extraordinários, no Ministério da Defesa em 2020 (total R\$435.350.033,00, conforme <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>)

Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19

< Back to report

↑

Natureza da Despesa	Despesas Pagas
339014 - Diárias - Pessoal Civil	1,142
339015 - Diárias - Pessoal Militar	1,054,103
339030 - Material de Consumo	214,422,369
33903001 - Combustíveis e Lubrificantes Automotivos	21,849,778
33903002 - Combustíveis e Lubrificantes de Aviação	29,733,772
33903003 - Combustíveis e Lubrif. para Outras Finalidades	6,356
33903004 - Gás e Outros Materiais Engraxados	377,496
33903007 - Generos de Alimentação	7,520,343
33903009 - Material Farmacológico	21,086,992
33903010 - Material Odontológico	58,621
33903011 - Material Químico	4,284,525
33903012 - Material de Coudelaria ou de Uso Zootécnico	25,525
33903014 - Material Educativo e Esportivo	3,458
33903016 - Material de Expediente	1,129,648
33903017 - Material de Tic - Material de Consumo	962,884
33903019 - Material de Acondicionamento e Embalagem	784,425
33903020 - Material de Cama, Mesa e Banho	225,831
33903021 - Material de Copa e Cozinha	430,384
33903022 - Material de Limpeza e Prod. de Higienização	9,774,393
33903023 - Uniformes, Tecidos e Aviamentos	1,076,322
33903024 - Material para Manut.De Bens Imóveis/Instalações	1,341,533
33903025 - Material para Manutenção de Bens Moveis	3,603,721
33903026 - Material Elétrico e Eletrônico	654,520
33903027 - Material de Manobra e Patrulhamento	1,026,082
33903028 - Material de Proteção e Segurança	11,930,873
33903029 - Material para Áudio, Vídeo e Foto	22,573
33903030 - Material para Comunicações	45,818
33903032 - Suprimento de Aviação	15,086,739
33903033 - Material para Produção Industrial	448,999
33903034 - Sobressal. Maq.E Motores Navios e Embarcações	991,900
33903035 - Material Laboratorial	11,531,093
33903036 - Material Hospitalar	59,596,843
33903038 - Suprimento de Proteção ao Voo	2,000
33903039 - Material para Manutenção de Veículos	8,519,695

33903039 - Material para Manutenção de Veículos	8,519,695
33903040 - Material Biológico	4,645
33903041 - Material para Utilização em Gráfica	30,346
33903042 - Ferramentas	51,771
33903044 - Material de Sinalização Visual e Outros	181,394
33903048 - Bens Móveis Não Ativos	8
33903058 - Sobress para Maq.E Eqp para Produ.Industrial	2,598
33903059 - Material para Divulgação	6,032
33903099 - Outros Materiais de Consumo	12,437
339033 - Passagens e Despesas com Locomoção	663,731
339036 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	950,000
33903630 - Serviços Médicos e Odontológicos	950,000
339037 - Locação de Mão-de-obra	5,324,891
33903701 - Apoio Administrativo, Técnico e	3,130,165
33903702 - Limpeza e Conservação	2,194,727
339039 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	141,139,668
33903903 - Comissões e Corretagens	464
33903905 - Serviços Técnicos Profissionais	2,169,515
33903912 - Locação de Máquinas e Equipamentos	4,622,964
33903914 - Locação Bens Mov. Out.Naturezas e Intangíveis	208,849
33903916 - Manutenção e Conserv. de Bens Imóveis	6,219,273
33903917 - Manut. e Conserv. de Máquinas e Equipamentos	3,743,894
33903919 - Manutenção e Conserv. de Veículos	6,981,333
33903920 - Manut.E Cons.De B.Móveis de Outras Naturezas	3,329,516
33903925 - Taxa de Administração	115,417
33903939 - Encargos Financeiros Indevidos	1,950
33903941 - Fornecimento de Alimentação	1,272,683
33903942 - Serviços de Caráter Secreto ou Reservado	1,172,000
33903943 - Serviços de Energia Elétrica	1,873,041
33903944 - Serviços de Água e Esgoto	1,821,715
33903945 - Serviços de Gas	138,000
33903946 - Serviços Domésticos	986,790
33903947 - Serviços de Comunicação em Geral	3,550
33903948 - Serviço de Seleção e Treinamento	362,063
33903950 - Serv.Médico-Hospital, Odontol.E Laboratoriais	30,431,444
33903951 - Serviços de Análises e Pesquisas Científicas	18,024
33903958 - Serviços de Telecomunicações	94,225
33903959 - Serviços de Áudio, Vídeo e Foto	10,000
33903960 - Serviços de Manobra e Patrulhamento	325,265
33903961 - Serviços de Socorro e Salvamento	82,191
33903962 - Serviços de Produção Industrial	87,763

33903962 - Serviços de Produção Industrial	87,763
33903963 - Serviços Gráficos e Editoriais	306,103
33903969 - Seguros em Geral	65,761
33903970 - Confeccao de Uniformes, Bandeiras e Flamulas	173,148
33903971 - Confeccao de Material de Acondic. e Embalagem	20,366
33903974 - Fretes e Transportes de Encomendas	637,122
33903977 - Vigilancia Ostensiva/Monitorada/Rastreamento	272,848
33903978 - Limpeza e Conservação	8,159,934
33903979 - Serv. de Apoio Admin., Técnico e Operacional	1,805,380
33903985 - Serviços em Itens Reparáveis de Aviação	63,625,476
33903992 - Serviços de Publicidade Institucional	1,600
339040 - Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação - PJ	723,403
339047 - Obrigações Tributárias e Contributivas	6,264
339139 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica (Intra)	2,249
449030 - Material de Consumo	111,264
44903032 - Suprimento de Aviação	111,264
449039 - Outros Serviços de Terceiros- Pessoa	72,514
449040 - Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação - PJ	77,135
449051 - Obras e Instalações	237,281
449052 - Equipamentos e Material Permanente	70,564,018
44905202 - Aeronaves	74,625
44905204 - Aparelhos de Medicação e Orientação	510,914
44905206 - Aparelhos e Equipamentos de	817,180
44905208 - Apar.Equip.Utens.Med.,Odont.Labor.Hospit.	43,741,073
44905212 - Aparelhos e Utensílios Domésticos	949,113
44905220 - Embarcações	415,353
44905222 - Equipamentos de Manobra e Patrulhamento	3,701,163
44905224 - Equipamento de Proteção, Segurança e Socorro	277,120
44905228 - Máquinas e Equipamentos de Natureza Industrial	2,452,948
44905230 - Máquinas e Equipamentos Energéticos	1,424,192
44905232 - Máquinas e Equipamentos Gráficos	736,103
44905233 - Equipamentos para Áudio, Vídeo e Foto	676,543
44905234 - Máquinas, Utensílios e Equipamentos Diversos	517,809
44905235 - Material de Tlc (Permanente)	3,348,302
44905236 - Máquinas, Instalações e Utens. de	17,892
44905236 - Máquinas, Instalações e Utens. de	17,892
44905237 - Equipamentos de Tlc - Ativos de Rede	8,111
44905238 - Maq., Ferramentas e Utensílios de Oficina	815,223
44905239 - Equip. e Utensílios Hidráulicos e Elétricos	81,378
44905240 - Máquinas e Equipamentos Agríc. e Rodoviários	185,160
44905241 - Equipamentos de Tlc - Computadores	1,553,679
44905242 - Mobiliário em Geral	595,070
44905243 - Equipamentos de Tlc - Servidores/Storage	55,683
44905245 - Equipamentos de Tlc - Impressoras	66,522
44905247 - Equipamentos de Tlc - Telefonia	89,249
44905248 - Veículos Diversos	1,876,027
44905251 - Peças Não Incorporáveis a Imóveis	62,163
44905252 - Veículos de Tração Mecânica	3,628,616
44905254 - Equipamentos, Peças e Acessórios Aeronáuticos	1,522,365
44905257 - Acessórios para Veículos	16,261
44905258 - Equipamentos de Mergulho e Salvamento	134,472
44905260 - Equipamentos, Peças e Acessórios Marítimos	197,322
44905287 - Material de Consumo de Uso Duradouro	16,386
Total	435,350,033

Detalhamento de despesas previstas na Ação 21CO, oriundas de créditos extraordinários, a serem realizadas no Ministério da Defesa em 2021
(previsão em 01/07/2021 de R\$95.973.434,00,
conforme <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>)

TESOURO NACIONAL
TRANSPARENTE

Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19

< Back to report

↑ ↘

Natureza da Despesa	Previsão
☐ 339000 - Aplicações Diretas	19,919,358
339000-9 - Não se Aplica	19,919,358
☐ 339015 - Diárias - Pessoal Militar	32,882
☐ 339030 - Material de Consumo	29,294,857
33903001 - Combustíveis e Lubrificantes Automotivos	8,893
33903002 - Combustíveis e Lubrificantes de Aviação	840,488
33903003 - Combustíveis e Lubrif. para Outras Finalidades	9,785
33903004 - Gás e Outros Materiais Engraxados	37,129
33903007 - Genêros de Alimentação	1,656,790
33903009 - Material Farmacológico	4,547,248
33903010 - Material Odontológico	796
33903011 - Material Químico	481,926
33903014 - Material Educativo e Esportivo	420
33903016 - Material de Expediente	86,578
33903017 - Material de Tic - Material de Consumo	38,224
33903019 - Material de Acondicionamento e Embalagem	51,226
33903021 - Material de Copa e Cozinha	66,861
33903022 - Material de Limpeza e Prod. de Higienização	780,724
33903023 - Uniformes, Tecidos e Aviamentos	139,748
33903024 - Material para Manut.De Bens Imóveis/Instalações	52,727
33903025 - Material para Manutenção de Bens Móveis	141,000
33903026 - Material Elétrico e Eletrônico	22,766
33903027 - Material de Manobra e Patrulhamento	1,448
33903028 - Material de Proteção e Segurança	958,323
33903030 - Material para Comunicações	5,955
33903032 - Suprimento de Aviação	6,172,621
33903033 - Material para Produção Industrial	11,242
33903034 - Sobressal. Maq.E Motores Navios e Embarcações	1,169,036
33903035 - Material Laboratorial	1,902,166
33903036 - Material Hospitalar	7,298,713
33903039 - Material para Manutenção de Veículos	2,127,366
33903042 - Ferramentas	1,897
33903043 - Material para Reabilitação Profissional	64,811
33903044 - Material de Sinalização Visual e Outros	14,986
33903050 - Bandeiras, Flamulas e Insignias	966
33903058 - Sobressal. para Maq.E Eqp. para Produ.Industrial	258,523
33903059 - Material para Divulgação	951
339030-9 - Não se Aplica	342,524

339030-9 - Não se Aplica	342,524
339033 - Passagens e Despesas com Locomoção	67,830
339037 - Locação de Mão-de-obra	243,666
33903701 - Apoio Administrativo, Técnico e Operacional	243,666
339039 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	14,668,862
33903905 - Serviços Técnicos Profissionais	568,783
33903912 - Locação de Máquinas e Equipamentos	179,765
33903914 - Locação Bens Mov. Out. Naturezas e Intangíveis	29,275
33903916 - Manutenção e Conserv. de Bens Imóveis	530,133
33903917 - Manut. e Conserv. de Máquinas e Equipamentos	455,089
33903919 - Manutenção e Conserv. de Veículos	1,196,612
33903920 - Manut.E Cons.De B.Movéis de Outras Naturezas	888,641
33903925 - Taxa de Administração	15
33903939 - Encargos Financeiros Indedutíveis	4,633
33903941 - Fornecimento de Alimentação	1,423,902
33903943 - Serviços de Energia Elétrica	208,898
33903944 - Serviços de Água e Esgoto	34,191
33903945 - Serviços de Gas	7,750
33903946 - Serviços Domésticos	30,003
33903947 - Serviços de Comunicação em Geral	5,000
33903948 - Serviço de Seleção e Treinamento	68,566
33903950 - Serv.Médico-Hospital, Odontol.E Laboratoriais	3,936,692
33903958 - Serviços de Telecomunicações	38,328
33903961 - Serviços de Socorro e Salvamento	2,840
33903962 - Serviços de Produção Industrial	7,309
33903963 - Serviços Gráficos e Editoriais	6,105
33903970 - Confecção de Uniformes, Bandeiras e Flamulas	1,950
33903971 - Confecção de Material de Acondic. e Embalagem	7,000
33903974 - Fretes e Transportes de Encomendas	128,698
33903977 - Vigilância Ostensiva/Monitorada/Rastreamento	77,389
33903978 - Limpeza e Conservação	45,826
33903979 - Serv. de Apoio Admin., Técnico e Operacional	23,270
33903984 - Serviços de Outsourcing - Almoxarifado Virtual	0
33903985 - Serviços em Itens Reparáveis de Aviação	4,256,525
339039-9 - Não se Aplica	505,654
339040 - Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação - PJ	35,605
33904007 - Manutenção Corretiva/Adaptativa e Sustentação Softwares	23,161
33904013 - Comunicação de Dados e Redes em Geral	360
33904022 - Instalação de Equipamentos de Tlc	12,064
449000 - Aplicações Diretas	140,000
449000-9 - Não se Aplica	140,000

449000 - Aplicações Diretas	140,000
449000-9 - Não se Aplica	140,000
449030 - Material de Consumo	166,236
44903032 - Suprimento de Aviação	166,236
449052 - Equipamentos e Material Permanente	31,404,138
44905204 - Aparelhos de Medição e Orientação	8,800
44905206 - Aparelhos e Equipamentos de Comunicação	30,094
44905208 - Apar.Equip.Utens.Med.Odont.Labor.Hospit.	4,690,378
44905212 - Aparelhos e Utensílios Domésticos	3,286
44905220 - Embarcações	266,146
44905222 - Equipamentos de Manobra e Patrulhamento	5,224,249
44905224 - Equipamento de Proteção, Segurança e Socorro	629,195
44905228 - Máquinas e Equipamentos de Natureza Industrial	75,356
44905230 - Máquinas e Equipamentos Energéticos	9,579
44905232 - Máquinas e Equipamentos Gráficos	1,436
44905233 - Equipamentos para Áudio, Vídeo e Foto	97,464
44905234 - Máquinas, Utensílios e Equipamentos Diversos	751,041
44905235 - Material de Tlc (Permanente)	122,728
44905236 - Máquinas, Instalações e Utens. de Escritório	6,624
44905238 - Maq., Ferramentas e Utensílios de Oficina	11,214
44905239 - Equip. e Utensílios Hidráulicos e Elétricos	3,268
44905240 - Máquinas e Equipamentos Agríc. e Rodoviários	2,937
44905241 - Equipamentos de Tlc - Computadores	22,925
44905242 - Móvel em Geral	18,900
44905243 - Equipamentos de Tlc - Servidores/Storage	37,904
44905248 - Veículos Diversos	178,390
44905252 - Veículos de Tração Mecânica	18,569,270
44905254 - Equipamentos, Peças e Acessórios Aeronáuticos	441,325
44905257 - Acessórios para Veículos	10,883
44905260 - Equipamentos, Peças e Acessórios Marítimos	170,746
Total	95,973,434

**Execução orçamentária de créditos extraordinários abertos (por respectiva medida provisória) em favor do Sistema Único de Saúde, em 2020 e 2021, sob responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde
(na qualidade de unidade orçamentária) e realizada por órgãos militares**

Ano	Medida Provisória	UO	Nome Unidade Gestora Executora	Empenho	Liquidação	Liquidado a Pagar	Pagamentos
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	CENTRO DE AQUISICOES ESPECIFICAS	R\$178.757,60	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	24º BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$56.524,10	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE DE MANAUS	R\$31.572,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	2 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$6.000,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE CAMPO GRANDE	R\$2.920,50	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	1 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA(AEROMOVEL)	R\$1.959,15	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	18 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$1.956,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	8 ESQUADRAO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$1.000,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	9 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$1.000,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	FNS	3 BATALHAO DE COMUNICACOES	R\$500,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
Total parcial				R\$282.189,35	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
Ano	Medida Provisória	UO	Nome Unidade Gestora Executora	Empenho	Liquidação	Liquidado a Pagar	Pagamentos
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE AQUISICOES ESPECIFICAS	R\$8.704.399,93	R\$6.019.588,41	R\$6.019.588,41	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMISSAO DO EXERCITO BRASILEIRO EM WASHINGTON	R\$3.113.048,28	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO LOGISTICO	R\$2.621.453,47	R\$484.208,20	R\$484.208,20	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 16A BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$525.096,99	R\$71.306,62	R\$71.306,62	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	9º GRUPAMENTO LOGISTICO	R\$336.440,53	R\$61.782,37	R\$61.782,37	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DO COMANDO MILITAR DA AMAZONIA	R\$288.122,12	R\$31.010,20	R\$31.010,20	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 12 REGIAO MILITAR	R\$269.181,60	R\$45.476,66	R\$45.476,66	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA JAURU / 66º BI MTZ	R\$268.537,28	R\$163.742,07	R\$93.342,07	R\$70.400,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA JURUA E 61º BIS	R\$227.146,12	R\$38.202,12	R\$38.202,12	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	PARQUE REGIONAL DE MANUTENCAO/12	R\$224.978,46	R\$150.990,00	R\$150.990,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO/1A BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$224.850,13	R\$99.279,72	R\$99.279,72	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA DE RORAIMA/7 BIS	R\$179.136,34	R\$53.299,70	R\$53.299,70	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE DE ADMINISTRACAO E APOIO DO CMP	R\$169.972,99	R\$9.164,39	R\$9.164,39	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4 BATALHAO DE AVIACAO DO EXERCITO	R\$157.135,20	R\$11.388,00	R\$11.388,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INTELIGENCIA DO EXERCITO	R\$150.000,00	R\$150.000,00	R\$150.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 4A BDA DE INFANTARIA LEVE MONTANHA	R\$130.239,03	R\$78.451,88	R\$78.451,88	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	44 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$119.073,90	R\$63.351,78	R\$63.351,78	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 1 DIVISAO DE EXERCITO	R\$112.984,80	R\$31.052,00	R\$31.052,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 2A BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$106.305,69	R\$97.714,68	R\$97.714,68	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	10º DEPOSITO DE SUPRIMENTO	R\$102.243,66	R\$16.209,54	R\$16.209,54	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE OPERACOES TERRESTRES - UG	R\$98.500,00	R\$7.233,74	R\$7.233,74	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 22ª BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$91.635,83	R\$27.664,22	R\$27.664,22	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE OBTENCAO DA MARINHA NO R.J.	R\$90.999,36	R\$90.999,36	R\$90.999,36	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	58 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$90.743,24	R\$36.392,41	R\$36.392,41	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM BELEM	R\$65.500,05	R\$8.218,80	R\$8.218,80	R\$0,00

2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5 BATALHAO DE ENGENHARIA DE CONSTRUCAO	R\$65.449,46	R\$18.177,60	R\$18.177,60	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE DE ADM E APOIO DO CMDO MILITAR DO OESTE	R\$63.295,41	R\$38.042,43	R\$38.042,43	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	8 BATALHAO DE ENGENHARIA DE CONSTRUCAO	R\$57.164,70	R\$4.966,72	R\$4.966,72	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	53 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$52.086,26	R\$18.998,49	R\$18.998,49	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	59 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$52.036,73	R\$40.737,21	R\$40.737,21	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3 REGIMENTO DE CAVALARIA DE GUARDA	R\$50.923,89	R\$24.950,79	R\$24.950,79	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4 BATALHAO LOGISTICO	R\$49.999,86	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE ADMINISTRATIVA DO CURADO	R\$48.403,62	R\$48.403,62	R\$48.403,62	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	51 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$48.164,90	R\$11.058,00	R\$11.058,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA SOLIMOE/8 BIS	R\$47.337,36	R\$27.379,70	R\$27.379,70	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3 BATALHAO DE POLICIA DO EXERCITO	R\$46.791,17	R\$34.874,30	R\$34.874,30	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM RIO GRAND	R\$41.059,00	R\$30.456,00	R\$30.456,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	18 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$40.240,87	R\$14.466,45	R\$14.466,45	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	8 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$39.042,21	R\$3.333,47	R\$3.333,47	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE ADM DA GUARNICAO DE SANTA MARIA	R\$38.603,30	R\$38.603,30	R\$38.603,30	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	15º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA AP	R\$38.386,52	R\$19.387,83	R\$19.387,83	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	2 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$37.946,14	R\$32.129,96	R\$32.129,96	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	7º BATALHAO DE ENGENHARIA DE CONSTRUCAO	R\$34.016,82	R\$31.686,51	R\$31.686,51	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE ADMINISTRATIVA DO CMDO DE OP ESPECIAIS	R\$33.943,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 2 GRUPAMENTO ENGENHARIA	R\$33.828,36	R\$5.705,65	R\$5.705,65	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	8 BATALHAO LOGISTICO	R\$33.592,35	R\$16.028,55	R\$16.028,55	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE ARTILHARIA DO EXERCITO	R\$33.557,91	R\$4.562,47	R\$4.562,47	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	54 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$33.387,85	R\$26.980,45	R\$26.980,45	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 18 BRIGADA DE INF FRONTEIRA	R\$33.071,03	R\$5.150,00	R\$5.150,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 6 REGIAO MILITAR	R\$29.585,92	R\$24.926,88	R\$24.926,88	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	18 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$28.881,98	R\$23.521,98	R\$23.521,98	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	19 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$27.834,13	R\$19.175,77	R\$19.175,77	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	PARQUE REGIONAL DE MANUTENCAO/6	R\$26.977,39	R\$11.809,84	R\$11.809,84	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE DE ADMINISTRACAO E APOIO CMN	R\$26.571,48	R\$21.214,57	R\$21.214,57	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	22 BATALHAO DE INFANTARIA	R\$25.783,63	R\$24.642,97	R\$24.642,97	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	8 ESQUADRAO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$24.065,55	R\$6.320,38	R\$6.320,38	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	28 BATALHAO LOGISTICO	R\$23.547,28	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	10 BATALHAO LOGISTICO	R\$22.984,97	R\$22.984,97	R\$22.984,97	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	57 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO (ES)	R\$22.459,81	R\$16.568,30	R\$16.568,30	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	14 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$22.323,45	R\$22.323,45	R\$22.323,45	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	55 BATALHAO DE INFANTARIA	R\$22.147,76	R\$18.025,60	R\$18.025,60	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	24º BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$21.899,30	R\$21.899,30	R\$7.997,30	R\$13.902,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 6 BRIGADA DE INFANTARIA BLINDADA	R\$20.879,50	R\$3.255,00	R\$3.255,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 BATALHAO DE COMUNICACOES	R\$20.475,00	R\$20.475,00	R\$20.475,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3º REGIMENTO DE CARROS DE COMBATE	R\$20.466,54	R\$16.283,05	R\$16.283,05	R\$0,00

2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	13 BATALHAO DE INFANTARIA BLINDADO	R\$20.144,81	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	31ª BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$19.999,69	R\$7.015,15	R\$7.015,15	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 7ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA	R\$19.990,78	R\$18.422,78	R\$18.422,78	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 1 BRIGADA DE CAVALARIA MECANIZADA	R\$19.956,60	R\$19.956,60	R\$19.956,60	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	6ª BATALHAO DE POLICIA DO EXERCITO	R\$19.808,15	R\$19.118,15	R\$19.118,15	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE PORTO VELHO	R\$19.500,00	R\$17.394,00	R\$17.394,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	20 BATALHAO DE INFANTARIA BLINDADO	R\$18.744,00	R\$11.648,02	R\$11.648,02	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	15ª BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$18.418,83	R\$18.418,83	R\$18.418,83	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 REGIMENTO DE CAVALARIA DE GUARDA	R\$17.993,00	R\$17.993,00	R\$17.993,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4 BIS	R\$17.477,10	R\$7.477,10	R\$7.477,10	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE EMBARCACOES DO COM.MIL.DA AMAZONIA	R\$17.135,55	R\$17.135,55	R\$17.135,55	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	23 BATALHAO LOGISTICO DE SELVA	R\$17.053,07	R\$3.053,07	R\$3.053,07	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1ª BATALHAO DE INFANTARIA MECANIZADO (ES)	R\$17.022,50	R\$17.022,50	R\$17.022,50	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	12ª BATALHAO DE ENG. DE COMBATE BLINDADO	R\$16.989,25	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	10 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$16.928,21	R\$16.928,21	R\$16.928,21	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	11 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$16.923,90	R\$16.154,26	R\$16.154,26	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	17 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$16.863,20	R\$1.750,00	R\$1.750,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 2 BRIGADA DE CAVALARIA MECANIZADA	R\$16.829,38	R\$7.649,38	R\$7.649,38	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	71 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$16.785,10	R\$6.260,00	R\$6.260,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 REGIMENTO DE CARROS DE COMBATE	R\$16.493,71	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE DE ADMINISTRACAO E APOIO DA 5ª RM	R\$16.276,28	R\$14.781,93	R\$14.781,93	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INSTRUCAO DE GUERRA NA SELVA	R\$16.017,00	R\$13.242,33	R\$13.242,33	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	17 BATALHAO DE FRONTEIRA	R\$15.998,80	R\$15.032,80	R\$15.032,80	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 23 BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$15.998,17	R\$13.609,97	R\$13.609,97	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	62 BATALHAO DE INFANTARIA	R\$15.472,84	R\$9.976,84	R\$9.976,84	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	16ª BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$14.998,85	R\$14.998,85	R\$14.998,85	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	2ª COMPANHIA DE INFANTARIA	R\$14.595,60	R\$14.595,60	R\$14.595,60	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA/AP	R\$14.569,59	R\$14.569,59	R\$14.569,59	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	15 BATALHAO LOGISTICO	R\$14.309,42	R\$11.165,27	R\$11.165,27	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 4 BRIGADA DE CAVALARIA MECANIZADA	R\$14.273,29	R\$4.111,72	R\$4.111,72	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	17ª GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$13.988,80	R\$8.468,00	R\$8.468,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DO COMANDO MILITAR DO NORDESTE	R\$13.743,00	R\$12.531,05	R\$12.531,05	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	7ª BATALHAO DE ENGENHARIA DE COMBATE	R\$13.466,12	R\$10.325,67	R\$10.325,67	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	12. BATALHAO DE SUPRIMENTO	R\$12.493,56	R\$6.493,80	R\$6.493,80	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	16 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$12.361,00	R\$9.847,00	R\$9.847,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BATALHAO ESCOLA DE COMUNICACOES	R\$11.318,52	R\$9.358,60	R\$9.358,60	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	9 BATALHAO LOGISTICO	R\$11.236,00	R\$11.236,00	R\$11.236,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4 REGIMENTO DE CARRROS DE COMBATE	R\$10.999,00	R\$10.999,00	R\$10.999,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	29 BATALHAO DE INFANTARIA BLINDADO	R\$10.990,75	R\$750,00	R\$750,00	R\$0,00
2021 MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	19 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$10.725,00	R\$10.725,00	R\$10.725,00	R\$0,00

2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4 REGIMENTO DE CAVALARIA BLINDADO	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	14 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$10.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	6 REGIMENTO DE CAVALARIA BLINDADO	R\$9.997,97	R\$9.997,97	R\$9.997,97	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BATALHAO DE GUARDA PRESIDENCIAL	R\$9.997,00	R\$2.365,00	R\$2.365,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	29 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA AP	R\$9.996,04	R\$5.076,40	R\$5.076,40	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	22 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMP.AUTOPROPULSADO	R\$9.983,00	R\$8.183,00	R\$8.183,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	27 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$9.979,53	R\$9.979,53	R\$9.979,53	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$9.972,42	R\$1.439,92	R\$1.439,92	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	7 BATALHAO DE INFANTARIA BLINDADO	R\$9.796,98	R\$6.230,68	R\$6.230,68	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	20 REGIMENTO DE CAVALARIA BLINDADO	R\$9.786,01	R\$9.236,01	R\$9.236,01	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	HOSPITAL DA GUARNICAO DE ALEGRETE	R\$9.575,00	R\$9.575,00	R\$9.575,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	9 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$9.383,13	R\$9.383,13	R\$9.383,13	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 13 BDA DE INFANTARIA MOTORIZADA	R\$9.362,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	9 BATALHAO DE ENGENHARIA DE CONSTRUCAO	R\$9.026,10	R\$8.219,72	R\$8.219,72	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	27 BATALHAO LOGISTICO	R\$8.356,00	R\$1.086,00	R\$1.086,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	36ª BATALHAO DE INFANTARIA MECANIZADO	R\$7.997,29	R\$7.997,29	R\$7.997,29	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE DE MANAUS	R\$7.994,88	R\$7.640,50	R\$2.230,20	R\$5.410,30
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3 BATALHAO DE COMUNICACOES	R\$7.747,08	R\$3.365,00	R\$3.365,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$7.650,00	R\$7.650,00	R\$7.650,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5ª BATALHAO DE ENGENHARIA DE COMBATE BLINDADO	R\$7.593,52	R\$4.914,23	R\$4.914,23	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM NATAL	R\$7.500,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4ª COMPANHIA DE COMUNICACOES LEVE-MONTANHA	R\$6.985,69	R\$6.512,79	R\$6.512,79	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 3ª REGIAO MILITAR	R\$6.908,49	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DA 17 BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$6.653,92	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 BATALHAO DE GUARDA	R\$6.307,22	R\$2.780,91	R\$2.780,91	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	41 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$5.997,60	R\$5.997,60	R\$5.997,60	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	12 COMPANHIA DE COMUNICACOES MECANIZADA	R\$5.747,99	R\$1.751,00	R\$1.751,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	16 BATALHAO LOGISTICO	R\$5.504,86	R\$5.504,86	R\$5.504,86	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3 ESQUADRAO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$5.407,65	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5 REGIMENTO DE CARROS DE COMBATE	R\$5.200,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	23 COMPANHIA DE ENGENHARIA DE COMBATE	R\$5.122,00	R\$5.122,00	R\$5.122,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	2 COMPANHIA DE FRONTEIRA	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DO COMANDO MILITAR DO SUL	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	PARQUE REGIONAL DE MANUTENCAO/8	R\$4.996,20	R\$4.996,20	R\$4.996,20	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3ª BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$4.982,60	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	8. DEPOSITO DE SUPRIMENTO	R\$4.977,70	R\$2.489,50	R\$2.489,50	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	28 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$4.386,75	R\$3.690,00	R\$3.690,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	31 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA (ES)	R\$4.216,88	R\$1.716,88	R\$1.716,88	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	GRUPAMENTO DE APOIO DO DISTRITO FED	R\$3.995,50	R\$672,60	R\$672,60	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	32 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$3.990,00	R\$3.990,00	R\$3.990,00	R\$0,00

2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	11 GRUPO DE ARTILHARIA ANTIAEREA	R\$3.987,50	R\$3.987,50	R\$3.987,50	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	23 BATALHAO DE INFANTARIA	R\$3.882,30	R\$3.882,30	R\$3.882,30	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	25 BATALHAO LOGISTICO (ES)	R\$3.200,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5ª BATALHAO DE INFANTARIA LEVE	R\$2.972,50	R\$2.972,50	R\$2.972,50	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4ª CENTRO DE GEOINFORMACAO	R\$2.839,74	R\$2.839,74	R\$2.839,74	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	5 BATALHAO LOGISTICO	R\$2.400,00	R\$2.400,00	R\$2.400,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE DE ADMINISTRACAO E APOIO DO IBIRAPUERA	R\$2.244,00	R\$1.044,00	R\$1.044,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	4ª COMPANHIA DE ENGENHARIA COMBATE MECANIZADA	R\$2.161,76	R\$2.161,76	R\$2.161,76	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3 BATALHAO LOGISTICO	R\$2.000,00	R\$2.000,00	R\$2.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE PREPARACAO OFICIAIS RESERVA/PA	R\$2.000,00	R\$2.000,00	R\$2.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE ARTILHARIA DIVISIONARIA/3 RM	R\$1.915,88	R\$1.915,88	R\$1.915,88	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM MANAUS	R\$1.897,66	R\$1.210,00	R\$1.210,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO 15 BRIGADA DE INFANTARIA MECANIZADA	R\$1.755,38	R\$1.382,98	R\$1.382,98	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	3ª COMPANHIA DE INFANTARIA MOTORIZADA	R\$1.720,00	R\$1.720,00	R\$1.720,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	6 GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA	R\$1.558,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	9 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$1.557,80	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE BELEM	R\$1.203,60	R\$902,70	R\$0,00	R\$902,70
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE CAMPO GRANDE	R\$1.009,85	R\$1.009,85	R\$0,00	R\$1.009,85
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA RONDONIA/6 BIS	R\$988,25	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	1 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA(AEROMOVEL)	R\$941,40	R\$941,40	R\$941,40	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE DE ANAPOLIS	R\$814,20	R\$495,60	R\$495,60	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	63 BATALHAO DE INFANTARIA	R\$676,93	R\$676,93	R\$676,93	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	BATALHAO DE POLICIA DO EXERCITO DE BRASILIA	R\$589,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	FNS	HOSPITAL DE GUARNICAO DE FLORIANOPOLIS	R\$388,00	R\$388,00	R\$388,00	R\$0,00
Total parcial				R\$20.879.604,58	R\$9.275.943,91	R\$9.184.319,06	R\$91.624,85
Ano	Medida Provisória	UO	Nome Unidade Gestora Executora	Empenho	Liquidação	Liquidado a Pagar	Pagamentos
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMISSAO AERONAUTICA BRASILEIRA EM WASHINGTON	R\$55.887.526,85	R\$15.611.524,72	R\$0,00	R\$15.611.524,72
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CENTRO DE AQUISICOES ESPECIFICAS	R\$35.095.297,99	R\$28.623.807,83	R\$615.843,91	R\$28.007.963,92
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMISSAO AERONAUTICA BRASILEIRA NA EUROPA	R\$7.818.725,85	R\$7.818.725,85	R\$0,00	R\$7.818.725,85
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CENTRO DE OBTENCAO DA MARINHA NO R.J.	R\$5.355.399,98	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	ARSENAL DE MARINHA_DO RIO DE JANEIRO	R\$1.067.611,95	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO 12 REGIAO MILITAR	R\$706.735,98	R\$249.791,22	R\$0,00	R\$249.791,22
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM MANAUS	R\$541.795,90	R\$77.509,10	R\$27.106,95	R\$50.402,15
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	GRUPAMENTO DE APOIO DO GALEAO	R\$268.110,25	R\$145.458,20	R\$10.518,60	R\$134.939,60
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DA 16ª BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$164.796,81	R\$12.608,40	R\$12.608,40	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	HOSPITAL DE GUARN. DE S. GABRIEL DA CACHOEIRA	R\$159.006,97	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DO COMANDO MILITAR DA AMAZONIA	R\$116.856,77	R\$3.535,00	R\$3.535,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE CAMPO GRANDE	R\$110.684,74	R\$69.641,70	R\$13.263,20	R\$56.378,50
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE DE ANAPOLIS	R\$88.605,20	R\$11.168,70	R\$536,90	R\$10.631,80
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DA 8 REGIAO MILITAR/8 DE	R\$83.682,43	R\$80.557,36	R\$0,00	R\$80.557,36

2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA DE RORAIMA/7 BIS	R\$83.277,89	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO/1A BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$73.160,60	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	ESTACAO NAVAL DO RIO NEGRO	R\$60.104,55	R\$6.820,60	R\$0,00	R\$6.820,60
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DE FRONTEIRA SOLIMÕES/8 BIS	R\$57.974,98	R\$12.133,99	R\$0,00	R\$12.133,99
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CAPITANIA FLUVIAL DA AMAZONIA OCIDENTAL	R\$54.591,80	R\$16.688,80	R\$16.688,80	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM BELEM	R\$46.200,00	R\$46.200,00	R\$0,00	R\$46.200,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	24ª BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$35.895,16	R\$19.190,10	R\$0,00	R\$19.190,10
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	GRUPAMENTO DE APOIO DO RIO DE JANEIRO	R\$34.630,80	R\$33.751,10	R\$0,00	R\$33.751,10
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CENTRO DE INTENDENCIA DA MARINHA EM NATAL	R\$33.009,32	R\$5.240,00	R\$0,00	R\$5.240,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE DE MANAUS	R\$26.609,00	R\$24.939,30	R\$0,00	R\$24.939,30
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO DO GRUPAMENTO DE PATRULHA NAV. DO SUD	R\$21.484,36	R\$21.484,36	R\$0,00	R\$21.484,36
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO 23 BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA	R\$20.512,70	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DOS AFONSOS	R\$17.828,65	R\$14.353,55	R\$3.458,00	R\$10.895,55
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	GRUPAMENTO DE APOIO DE SAO PAULO	R\$14.460,90	R\$11.994,70	R\$0,00	R\$11.994,70
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	8 BATALHAO DE ENGENHARIA DE CONSTRUCAO	R\$12.636,16	R\$801,16	R\$0,00	R\$801,16
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	8 BATALHAO LOGISTICO	R\$12.267,08	R\$4.317,08	R\$0,00	R\$4.317,08
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	PARQUE REGIONAL DE MANUTENCAO/8	R\$10.829,00	R\$3.150,00	R\$3.150,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE NATAL	R\$9.056,50	R\$3.805,50	R\$3.351,20	R\$454,30
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	COMANDO 2 GRUPAMENTO ENGENHARIA	R\$8.500,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	2 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA	R\$7.766,90	R\$5.611,90	R\$5.611,90	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	8. DEPOSITO DE SUPRIMENTO	R\$6.864,71	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	19 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$5.725,92	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	27 BATALHAO LOGISTICO	R\$4.960,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	GRUPAMENTO DE APOIO DO DISTRITO FED	R\$4.661,60	R\$1.935,20	R\$1.298,00	R\$637,20
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE CANOAS	R\$2.631,50	R\$739,70	R\$0,00	R\$739,70
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CAPITANIA FLUVIAL DE PORTO VELHO	R\$2.277,00	R\$2.277,00	R\$0,00	R\$2.277,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	BASE AEREA DE BELEM	R\$1.860,35	R\$336,30	R\$0,00	R\$336,30
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	3 BATALHAO DE COMUNICACOES	R\$1.822,65	R\$350,70	R\$350,70	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	18 BATALHAO DE INFANTARIA MOTORIZADO	R\$1.368,00	R\$738,00	R\$0,00	R\$738,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	CAPITANIA DOS PORTOS DA PARAIBA	R\$1.000,00	R\$1.000,00	R\$1.000,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	1 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA(AEROMOVEL)	R\$797,77	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
2021	MP 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	FNS	8 ESQUADRAO DE CAVALARIA MECANIZADO	R\$619,11	R\$619,11	R\$0,00	R\$619,11
Total parcial				R\$108.140.222,63	R\$52.942.806,23	R\$718.321,56	R\$52.224.484,67
Ano	Medida Provisória	UO	Nome Unidade Gestora Executora	Empenho	Liquidação	Liquidado a Pagar	Pagamentos
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	COMISSAO AERONAUTICA BRASILEIRA NA EUROPA	R\$4.556.119,47	R\$4.556.119,47	R\$0,00	R\$4.556.119,47
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	CENTRO DE AQUISICOES ESPECIFICAS	R\$3.079.654,50	R\$3.079.504,44	R\$0,00	R\$3.079.504,44
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	COMANDO LOGISTICO	R\$2.359.242,68	R\$1.579.610,98	R\$0,00	R\$1.579.610,98
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	CENTRO DE OBTENCAO DA MARINHA NO R.J.	R\$126.210,24	R\$126.210,24	R\$0,00	R\$126.210,24
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE DE MANAUS	R\$11.786,55	R\$11.786,55	R\$0,00	R\$11.786,55
2020	MP 976, DE 4 DE JUNHO DE 2020	FNS	BASE AEREA DE CAMPO GRANDE	R\$5.455,05	R\$5.455,05	R\$0,00	R\$5.455,05

Total parcial	R\$10.138.468,49	R\$9.358.686,73	R\$0,00	R\$9.358.686,73
Total 2021	129.302.016,56	R\$62.218.750,14	R\$9.902.640,62	R\$52.316.109,52
Total 2020 e 2021	139.440.485,05	R\$71.577.436,87	R\$9.902.640,62	R\$61.674.796,25

Fonte: https://painelms.saude.gov.br/extensions/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html#, acesso em 30/06/2021

Exposição de motivos da MP 1.048/2021:

A medida visa ao enfrentamento da situação de emergência decorrente do Coronavírus (Covid-19), de modo a viabilizar, no âmbito do (a): a) Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, a produção, o fornecimento e a distribuição de mais 50 milhões de doses de vacina contra a Covid-19 no segundo semestre de 2021, por meio de insumo farmacêutico ativo fornecido pela empresa AstraZeneca; e b) Fundo Nacional de Saúde – FNS, a aquisição de mais 100 milhões de doses de vacina e outras despesas associadas à imunização, em complemento ao crédito extraordinário referente à Medida Provisória nº 1.015, de 17 de dezembro de 2020, reaberto pelo Decreto nº 10.595, de 7 de janeiro de 2021. (Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Exm/Exm-MP-1048-21.pdf)

Exposição de motivos da MP 1.032/2021:

A medida tem por objetivo adequar a capacidade do sistema de saúde às demandas necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da infecção humana pelo novo Coronavírus, denominado Sars-Cov-2, agente causador da doença Covid-19, mediante: a) na Fundação Oswaldo Cruz, o funcionamento de 173 leitos do Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19, disponibilização de testes diagnósticos, além de outras despesas atreladas à pandemia, como vigilância genômica e pesquisas relacionadas ao Sars-Cov-2 e capacitação de pessoal da rede de vigilância em saúde; b) no Grupo Hospitalar Conceição – GHC, o custeio de despesas extraordinárias decorrentes do atendimento de pacientes da Covid-19, englobando medicamentos, insumos, equipamentos de proteção individual, testes e exames para diagnósticos, entre outros; e c) no Fundo Nacional de Saúde: c.1) transporte de pessoal e oxigênio, inclusive ressarcimento de despesas já realizadas pelo Ministério da Defesa, em caráter emergencial; c.2) na atenção primária, continuidade do custeio de cerca de 2.300 Centros de Atendimento e Comunitários de Referência dedicados ao enfrentamento à Covid-19; c.3) na atuação especializada, a continuidade do custeio extraordinário de leitos de UTI (atualmente, 8.301 leitos habilitados) e de suporte ventilatório (atualmente, 647 leitos habilitados), ambos dedicados a pacientes acometidos pela Covid-19, custeio de procedimentos clínicos associados à doença, além da locação de equipamentos para leitos de UTI; c.4) para a atenção à saúde indígena, a continuidade das atividades de equipes de resposta rápida, implantadas para atuação direta no combate à Covid-19; c.5) no campo da força de trabalho, a prorrogação de bonificação extraordinária a 55 mil profissionais da saúde residentes, que atuam no atendimento à população, bem como extensão do financiamento para provisão de médicos para a atenção primária realizada no âmbito do esforço de enfrentamento da doença; c.6) recursos para aquisição de testes para detecção do agente causador da Covid-19, ferramenta diagnóstica essencial para monitorar e gerenciar a disseminação da doença; e c.7) outras despesas excepcionais com ações e serviços públicos de saúde necessários ao enfrentamento da pandemia de Covid-19. (Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Exm/Exm-MP-1032-21.pdf)

Exposição de motivos da MP 1.015/2020:

A medida tem por objetivo financiar a aquisição das doses necessárias para cobertura vacinal da população nacional, assim como despesas com insumos, logística, comunicação social e publicitária e outras necessidades para implementar a imunização contra o coronavírus (Covid-19). (Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Exm/Exm-MP-1015-20.pdf)

A medida visa ao enfrentamento da situação de emergência decorrente do Coronavírus (Covid-19), e possibilitará no:

a) Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. – CONCEIÇÃO: a aquisição de equipamentos de proteção individual (máscaras, aventais, luvas, protetores faciais), locação de equipamentos (respiradores e monitores), custeio de testes e exames para diagnósticos da doença, aquisição de medicamentos e aquisição de equipamentos médicos (respiradores e monitores);

b) **Fundo Nacional de Saúde:** a transferência de recursos a Estados, Municípios e Distrito Federal para custeio dos serviços de saúde; o custeio de bolsas ou bonificação aos estudantes universitários da área da saúde e médicos residentes que atuarão no Sistema Único de Saúde; e a ampliação da conectividade à Internet de unidades de atenção primária, em caráter emergencial, permitindo a transmissão de informações sobre os serviços prestados, o que proporcionará o aprimoramento das ações de vigilância e do planejamento das medidas de combate à doença. A referida ampliação da conectividade será realizada por meio da atuação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, organização social vinculada ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. (Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Exm/Exm-MP-976-20.pdf)

Exposição de motivos da MP 976/2020:



TABELA 5 - DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA CALAMIDADE PÚBLICA NACIONAL DECORRENTE DE PANDEMIA
ORÇAMENTO FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2020

Emenda Constitucional nº 106/2020, Art. 5, inciso II

Órgão Superior da Unidade Orçamentária*		Ação de Governo		Natureza da Despesa		DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS INSCRITAS EM RPNP
36000	Ministério da Saúde	21CO	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Imp.	449039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	1.385	1.375	1.272	1.272	103
36000	Ministério da Saúde	21CO	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Imp.	449040	Serviços de TI e Comunicação (PJ)	408	408	-	-	408
36000	Ministério da Saúde	21CO	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Imp.	449051	Obras e Instalações	107.994	107.994	87.495	87.454	20.499
36000	Ministério da Saúde	21CO	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Imp.	449052	Equipamentos e Material Permanente	1.104.263	943.717	851.572	808.551	92.145
36000	Ministério da Saúde	21CO	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Imp.	449900	A Definir	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	333000	Transfer. a Estados e Ao Distrito Federal	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	334000	Transferências a Municípios	400	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	334100	Transferências a Municípios (Fundos)	5.457	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	334141	Contribuições (Fundos)	37.202	37.202	37.202	37.202	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	335000	Transf. a Inst. Priv. Sem Fins Lucr.	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	339000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E89	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Atenção Bas	339900	A Definir	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	333000	Transfer. a Estados e Ao Distrito Federal	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	333100	Transfer. a Estados e Ao DF (Fundos)	100	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	333141	Contribuições (Fundos)	6.872	6.872	6.872	6.872	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	334000	Transferências a Municípios	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	334100	Transferências a Municípios (Fundos)	2.868	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	334141	Contribuições (Fundos)	13.209	13.209	13.209	13.209	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	335000	Transf. a Inst. Priv. Sem Fins Lucr.	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	339000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	2E90	Incr. Temp. ao Custo dos Serv. de Assist.	339900	A Definir	-	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	8719	Vigilância Sanitária de Produtos, Serv. e Ambientes	339000	Aplicações Diretas	2	-	-	-	-
36000	Ministério da Saúde	8719	Vigilância Sanitária de Produtos, Serv. e Ambientes	339030	Material de Consumo	48	13	13	13	-
37000	Controladoria-Geral da União	2D58	Auditoria Interna, Prevenção e Combate à Corrupção, Ouvidori	339000	Aplicações Diretas	0	-	-	-	-
37000	Controladoria-Geral da União	2D58	Auditoria Interna, Prevenção e Combate à Corrupção, Ouvidori	339030	Material de Consumo	43	42	33	33	9
37000	Controladoria-Geral da União	2D58	Auditoria Interna, Prevenção e Combate à Corrupção, Ouvidori	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	2	2	2	2	0
39000	Ministério da Infraestrutura	00SH	Estacionamento e Permanência de Aeronaves de Empresas Nacion	339000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
39000	Ministério da Infraestrutura	00SH	Estacionamento e Permanência de Aeronaves de Empresas Nacion	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	9.049	9.049	8.770	8.770	279
39000	Ministério da Infraestrutura	2000	Administração da Unidade	339000	Aplicações Diretas	208	-	-	-	-
39000	Ministério da Infraestrutura	2000	Administração da Unidade	339030	Material de Consumo	30	31	31	31	-
39000	Ministério da Infraestrutura	2000	Administração da Unidade	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	163	163	128	128	34
39000	Ministério da Infraestrutura	2000	Administração da Unidade	339093	Indenizações e Restituições	0	0	0	0	-
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	339000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	339030	Material de Consumo	134	134	123	123	11
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	23	23	22	22	1
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	449000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	449052	Equipamentos e Material Permanente	67	67	67	67	-
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339030	Material de Consumo	37.622	37.622	30.654	30.477	6.967
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339032	Material, Bem Ou Serviço P/ Distrib. Gratuita	47	47	47	47	-
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339036	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	120	120	120	120	-
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	1.497	1.497	750	750	746
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	339147	Obrig.Tribut.E Contrib.(Instit)	25	25	25	25	-
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológicas aos Serv. Cív. e Empr	449000	Aplicações Diretas	-	-	-	-	-

Fonte: SIAFI - SINCONT/GEINF

* Inclui as entidades de administração vinculadas aos Órgãos

(8/11)



TABELA 5 - DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA CALAMIDADE PÚBLICA NACIONAL DECORRENTE DE PANDEMIA
ORÇAMENTO FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2020

Emenda Constitucional nº 106/2020, Art. 5, inciso II

Órgão Superior da Unidade Orçamentária*		Ação de Governo		Natureza da Despesa		DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS	DESPESAS INSCRITAS EM RP/PP
52000	Ministério da Defesa	2004	Assist. Médica e Odontológica aos Serv. Civis, Empregados e Familiares	449052	Equipamentos e Material Permanente	2.271	2.271	2.269	2.269	1
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339030	Material de Consumo	244.726	243.893	216.374	214.422	27.319
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339033	Passagens e Despesas Com Locomoção	795	795	672	664	123
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339036	Outros Serviços de Terceiros (PP)	950	950	950	950	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339037	Locação de Mão-De-Obra	5.369	5.369	5.325	5.325	244
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	156.390	155.460	142.023	141.140	13.438
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339040	Serviços de TI e Comunicação (PJ)	774	759	713	723	24
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339047	Obrigações Tributárias e Contributivas	6	6	6	6	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	339139	Outros Serviços de Terceiros (PJ) (Inter)	2	2	2	2	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449000	Aplicações Diretas	5.095	-	-	-	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449030	Material de Consumo	278	278	111	111	166
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449039	Outros Serviços de Terceiros (PJ)	73	73	73	73	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449040	Serviços de TI e Comunicação (PJ)	77	77	77	77	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449051	Obras e Instalações	237	237	237	237	-
52000	Ministério da Defesa	2100	Enfrent. da Emerg. de Saúde Públ. de Inup.	449052	Equipamentos e Material Permanente	102.265	102.073	70.662	70.564	31.411



TABELA 5 - DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA CALAMIDADE PÚBLICA NACIONAL DECORRENTE DE PANDEMIA
ORÇAMENTO FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DOS RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS
JANEIRO A MAIO DE 2021

Continuação

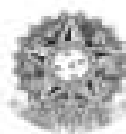
Decreto nº 10.579, de 18 de dezembro de 2020

R\$ milhares

Órgão Superior da Unidade Orçamentária*		Ação de Governo		Grupo da Despesa	Valores Inscritos em Restos a Pagar Não Processados	Valores Liquidados	Valores Pagos
30000	Ministério da Justiça e Segurança Pública	2726	Prevenção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas e ao Crime	3 Outras Despesas Correntes	74	31	31
30000	Ministério da Justiça e Segurança Pública	2810	Promoção do Acesso ao Patrimônio Documental Nacional	3 Outras Despesas Correntes	46	2	2
30000	Ministério da Justiça e Segurança Pública	21BO	Proteção e Promoção Dos Direitos Dos Povos Indígenas	3 Outras Despesas Correntes	8.097	6.002	5.576
30000	Ministério da Justiça e Segurança Pública	20UF	Regularização, Demarcação e Fiscalização de Terras Indígenas	3 Outras Despesas Correntes	415	312	306
35000	Ministério das Relações Exteriores	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	3 Outras Despesas Correntes	90	6	6
36000	Ministério da Saúde	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	4 Investimentos	131.603	62.306	48.639
36000	Ministério da Saúde	212B	Benefícios Obrigatórios aos Servidores Civis, Empregados, Mi	3 Outras Despesas Correntes	17.141	14	14
36000	Ministério da Saúde	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	3 Outras Despesas Correntes	1.299.004	703.974	671.100
36000	Ministério da Saúde	212H	Manutenção de Contrato de Gestão Com Organizações Sociais (L	3 Outras Despesas Correntes	10.924	0	0
36000	Ministério da Saúde	20TP	Ativos Civis da União	1 Pessoal e Encargos Sociais	302.221	214	214
37000	Controladoria-Geral da União	2D58	Auditoria Interna, Prevenção e Combate à Corrupção, Ouvidori	3 Outras Despesas Correntes	9	8	8
39000	Ministério da Infraestrutura	2000	Administração da Unidade	3 Outras Despesas Correntes	34	3	3
39000	Ministério da Infraestrutura	00SH	Estacionamento e Permanência de Aeronaves de Empresas Nacion	3 Outras Despesas Correntes	279	0	0
41000	Ministério das Comunicações	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	3 Outras Despesas Correntes	380	40	40
52000	Ministério da Defesa	219C	Acolhimento Humanitário e Interiorização de Migrantes em Sit	4 Investimentos	27	13	13
52000	Ministério da Defesa	2004	Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empr	4 Investimentos	1	1	0
52000	Ministério da Defesa	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	4 Investimentos	31.590	19.179	18.768
52000	Ministério da Defesa	20XT	Prestação de Serviços Médico-Hospitalares e de Ensino e Pesq	4 Investimentos	24	24	24
52000	Ministério da Defesa	219C	Acolhimento Humanitário e Interiorização de Migrantes em Sit	3 Outras Despesas Correntes	1.256	802	760
52000	Ministério da Defesa	2000	Administração da Unidade	3 Outras Despesas Correntes	12	11	11
52000	Ministério da Defesa	2004	Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empr	3 Outras Despesas Correntes	7.713	4.512	4.396
52000	Ministério da Defesa	21C0	Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	3 Outras Despesas Correntes	41.201	23.222	22.164

Anexo 3

Portaria nº 1.16.000.001338/2020-15 do Ministério Público Federal – MPF que instaurou Inquérito Civil Público acerca da execução orçamentária do Ministério da Saúde durante a pandemia da Covid-19



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

NF n. 1.16.000.001338/2020-15

Assunto: instaurar IC

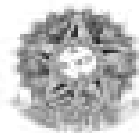
Despacho n. 16.454/2020

Trata-se de Notícia de Fato autuada a partir de representação encaminhada por Élide Graziane Pinto, procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo, e José Roberto Afonso, economista, com o fim de apurar suposta irregularidade em relação à execução orçamentária do Ministério da Saúde (Ação 21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus), assim como ao repasse de verbas aos Estados e Municípios, ambas situações afetas ao enfrentamento da pandemia causada pelo Covid-19.

A representação foi estruturada a partir de artigo jornalístico de autoria dos representantes, que foi fundamentada com dados extraídos, principalmente, do site oficial que apresenta o "Monitoramento dos Gastos da União com o Combate ao COVID-19" (disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramento-dos-gastos-com-covid-19>), bem como de painel demonstrativo da execução orçamentária relacionada às ações de combate ao vírus (disponível em https://painelms.saude.gov.br/extensores/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html).

O feito foi distribuído ao 1º Ofício de Cidadania, Segurança e Educação desta Procuradoria da República no Distrito Federal (PR/DF) e, nos termos do item 1 da Ata de Deliberação n. 1/2020 do Grupo de Apoio Instituído pela Portaria PR/DF n. 99, de 16 de abril de 2020, movimentado, para auxílio, a este 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica.

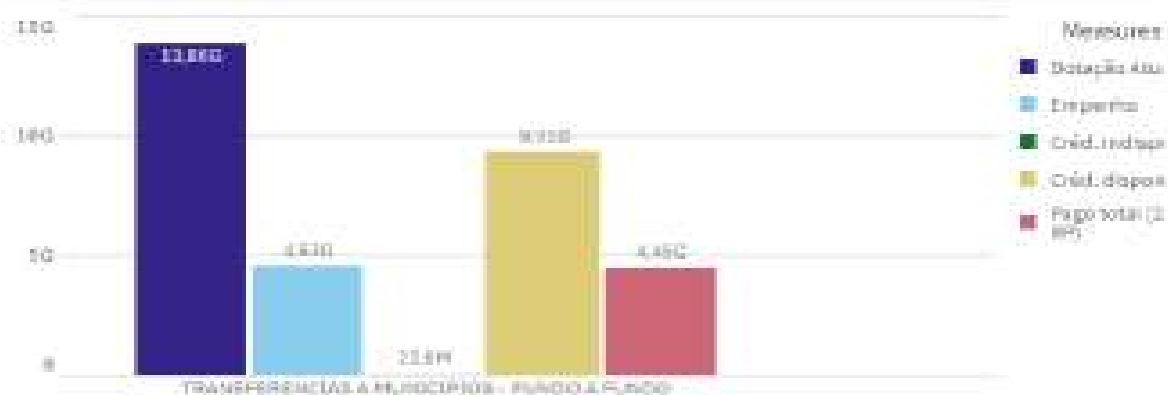
	PR/DF SGAS 604, Lote 23, Av. L2 Sul, Brasília/DF CEP:70200-640	Tel. (61) 3313-5252 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br
---	---	--



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

são previstos R\$ 13,86 bilhões, dos quais R\$ 4,35 bilhões foram empenhados e R\$ 4,45 bilhões foram gastos. Para Estados, a previsão orçamentária é de R\$ 8,21 bilhões, dos quais R\$ 3,31 bilhões foram empenhados e R\$ 3,2 bilhões foram pagos, conforme mostram os gráficos abaixo:

Acompanhamento mov. orçamentário por Subfunção



Acompanhamento mov. orçamentário por Subfunção

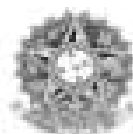


Ainda no que se refere às transferências para Estados e Municípios, verifica-se do gráfico abaixo que a maior parcela dos recursos foi transferida até o dia 13 de abril do corrente ano. Após tal data, entretanto, houve uma diminuição drástica nos repasses, situação



PR/DF | SGAS 604, Lote 23, Av. L2 Sul,
 Brasília/DF CEP:70200-640

Tel. (61) 3313-5252
 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Office de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

essa que não encontra explicação aparente:

Data liberação pagamento por tipo de repasse

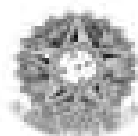


Deve-se acrescentar que o Ministério da Saúde elaborou, desde fevereiro de 2020, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19^[62], o qual já previa uma série de medidas, ações e aquisições a serem efetuadas pelo Poder Público. Assim, necessário também verificar se há dissonância entre o Plano de Contingência aprovado e a execução orçamentária da ação 21CO, considerando-se que já se tinha conhecimento sobre boa parte das medidas cuja execução se fazia necessária desde, ao menos, fevereiro de 2020.

Ademais, é fato notório que o número de casos confirmados de Covid-19 continua em ascensão, destacando-se o Brasil em relação aos demais países do mundo pelo alto número de casos por habitante, de forma que se esperaria a utilização dos recursos disponíveis para seu enfrentamento de imediato.

Diante do quadro apresentado, mostra-se oportuna a realização de diligências com o fim de melhor instrumentalizar o presente expediente, especialmente no sentido de averiguar as razões pelas quais a União não vem se utilizando, até o momento, das verbas

	PR/DF SGAS 604, Lote 23, Av. L2 Sul, Brasília/DF CEP:70200-640	Tel. (61) 3313-5252 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br
--	---	--



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

orçamentárias disponibilizadas para o enfrentamento da pandemia, assim como por que motivo os repasses a Estados e Municípios têm aparentemente sofrido retenção.

Por fim, em relação ao item (iii), relativo à participação da União no custeio à saúde frente aos demais entes federativos, cumpre obter informações específicas das entidades envolvidas na execução orçamentária e de entidades de supervisão dos gastos públicos, a fim de angariar elementos de informação que permitam avaliar de forma mais precisa o alegado subfinanciamento, por parte da União, das medidas necessárias ao enfrentamento da pandemia.

Ante o exposto, determino:

(1) a instauração de Inquérito Civil Público, mediante Portaria própria;

(2) a expedição de ofício, com cópia integral dos autos, ao Ministério da Saúde, para que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, manifeste-se sobre a representação, bem como para que esclareça:

2.1) em relação à aplicação direta de recursos pelo Ministério da Saúde:

a) quais as justificativas para a utilização de apenas R\$ 804,68 milhões, de um total de R\$ 11,74 bilhões destinados à aplicação direta pela União, por meio da ação 21C0;

b) diante do Plano de Contingência Nacional, de fevereiro de 2020, qual a previsão e o cronograma de gastos para sua implementação integral;

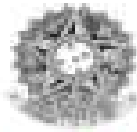
c) qual o planejamento e cronograma para a utilização dos cerca de R\$ 8,5 bilhões da ação 21C0, indicando de forma detalhada as despesas a serem efetuadas a partir de tal rubrica;

d) a qual(is) autoridade(s) compete, no âmbito do Ministério da Saúde, deliberar sobre a utilização dos recursos de aplicação direta da ação 21C0;

2.2) em relação às transferências fundo a fundo para Estados e Municípios:

a) qual a justificativa para a drástica diminuição de transferências após o dia 13 de abril de 2020;

	PR/DF SGA8 604, Lote 23, Av. L2 Sul, Brasília/DF CEP:70200-640	Tel: (61) 3313-5252 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br
---	---	--



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

b) quais os parâmetros utilizados para se definir o montante a ser transferido a cada Estado e Município, assim como quais as condicionantes utilizadas para deliberação sobre a transferência;

c) se há o condicionamento da transferência à implementação ou abrandamento de medidas de distanciamento/isolamento social por Estados e Municípios;

d) qual o planejamento e cronograma para o repasse dos cerca de R\$ 9,5 bilhões disponíveis da ação 21C0 para os Estados, indicando de forma detalhada as despesas a serem efetuadas a partir de tal rubrica;

e) qual o planejamento e cronograma para o repasse dos cerca de R\$ 5 bilhões disponíveis da ação 21C0 para os Municípios, indicando de forma detalhada as despesas a serem efetuadas a partir de tal rubrica;

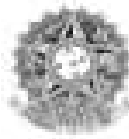
f) a qual(is) autoridade(s) compete, no âmbito do Ministério da Saúde, deliberar sobre a efetivação das transferências fundo a fundo da ação 21C0;

(3) a expedição de ofício, com cópia integral dos autos, solicitando as informações abaixo no prazo máximo de 10 (dez) dias, aos seguintes órgãos ou autoridades: Presidente do Conselho Nacional de Saúde; representantes do Conass e do Conasems no Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários da Fazenda e do DF (COMSEFAZ); Frente Nacional de Prefeitos; Confederação Nacional de Municípios e Instituição Fiscal Independente (do Senado Federal):

a) se há estudos, notas técnicas ou diagnósticos, por meio de análise de projeção dos casos concretos, ou a partir dos planos de contingência estaduais e municipais, acerca das necessidades atuais e futuras dos entes federativos, quanto a insumos, materiais e recursos humanos, para o devido enfrentamento, no âmbito da saúde, ao Covid-19, assim como se tais necessidades foram levadas ao conhecimento do Ministério da Saúde ou da Comissão Intergestores Tripartite, por meio do planejamento ascendente previsto na Lei 8.080/90;

b) se há informações sobre eventual represamento, por parte da União, da transferência de recursos da ação 21C0 aos fundos estaduais e municipais de saúde;

 MPF Ministério Público Federal	PR/DF SGAS 604, Lote 23, Av. L2 Sul, Brasília/DF CEP:70200-640	Tel. (61) 3313-5252 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br
--	---	--



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
 PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
 4º Ofício de Atos Administrativos, Consumidor e Ordem Econômica

c) se há informações sobre eventual condicionamento das transferências fundo a fundo à adoção de medidas específicas de implementação ou abrandamento do distanciamento/isolamento social por Estados e Municípios, ou outras condicionantes não previstas em lei.

Brasília/DF, 1º de junho de 2020.

Anna Paula Coutinho de Barcelos Moreira
 Procuradora da República

Caio Vaz Dias
 Procurador da República

Felipe Fritz Braga
 Procurador da República

Mario Alves Medeiros
 Procurador da República

Melina Castro Montoya Flores
 Procuradora da República

Paulo Roberto Galvão de Carvalho
 Procurador da República

Notas

1. [△] Todos os gráficos foram extraídos do Painel do Ministério da Saúde, disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/TEMP_COVID19/TEMP_COVID19.html, acesso em 27/05/2020.
2. [△] <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/05/versao033/plano-contingencia-comonadma-covid19.pdf>

	PR/DF SGAS 604, Lote 23, Av. L2 Sul, Brasília/DF CEP-70200-640	Tel. (61) 3313-5252 Email: prdf-gab13@mpf.mp.br
--	---	--

Anexo 4

Recomendações nº 49 e 71, ambas de 2020, emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde durante a pandemia da Covid-19

RECOMENDAÇÃO Nº 049, DE 02 DE JULHO DE 2020.

Recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela emergência sanitária causada pelo Covid-19 no Brasil.

[...]

Recomenda

Ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela situação de emergência sanitária causada pela epidemia do Covid-19 no Brasil, bem como para a implementação de ações e serviços públicos de saúde para cumprir as diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2020 aprovadas pela Resolução CNS nº 614, de 15 de fevereiro de 2019, homologada pelo Senhor Ministro da Saúde e publicada no Diário Oficial da União nº 54, de 20 de março de 2019, Seção 1, páginas 63 e 64:

1. Programar e executar imediatamente as despesas a serem realizadas para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde, de modo a empenhar (e, na sequência, liquidar), com urgência, os recursos que estão parados no orçamento do Ministério da Saúde, especialmente na ação 21C0, tanto para aquisição e contratação de bens e serviços para o enfrentamento do Covid-19, como para transferência financeira para Estados, Distrito Federal e Municípios, segundo critérios técnicos pactuados ou a serem pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e encaminhados para análise e deliberação do Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Lei Complementar 141/2012;

2. Aumentar os níveis de liquidação do conjunto das despesas programadas para o Ministério da Saúde realizar em 2020, especialmente para aquelas cuja execução recorrentemente tem obtido a classificação *inadequado*,

intolerável e/ou inaceitável, e distribuir melhor a execução dessas despesas ao longo do ano, o que contribuirá para um baixo valor de empenhos a pagar no final do exercício e, desta forma, para o atendimento das necessidades de saúde da população com mais eficiência e eficácia durante 2020, de modo a não agravar ainda mais o processo de subfinanciamento e desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que está em curso desde a vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016;

3. Aumentar as ações de controle e auditoria no âmbito do SUS, especialmente no atual estado de emergência sanitária, para garantir a correta aplicação dos recursos públicos para o atendimento das necessidades de saúde da população; e

4. Autorizar o Ministério da Saúde para cancelar em 2020 os Restos a Pagar (especialmente os não processados) referentes a empenhos de 2017 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo tempo decorrido até o momento, os quais deverão ser compensados em 2021 como aplicação adicional ao mínimo daquele ano, nos termos do artigo 24, inciso II, parágrafo 2º da Lei Complementar nº 141/2012.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

[...]

Recomenda

Ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela situação de emergência sanitária causada pela pandemia do Covid-19 no Brasil, bem como para a implementação de ações e serviços públicos de saúde para cumprir as diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2020 aprovadas pela Resolução CNS nº 614, de 15 de fevereiro de 2019, homologada pelo Senhor Ministro da Saúde e publicada no Diário Oficial da União nº 54, de 20 de março de 2019, Seção 1, páginas 63 e 64:

1 - Identificar a existência de falhas de planejamento e/ou dos fluxos de processos de trabalho das secretarias e demais áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o objetivo de:

1.1 – Adotar medidas para resolver os problemas de gestão para a realização das ações e serviços públicos de saúde cujos níveis de liquidação da despesa têm obtido reiteradamente as classificações de inadequado, intolerável e inaceitável nas

análises quadrimestrais e anuais do Conselho Nacional de Saúde, o que possibilitará atender as necessidades de saúde da população.

1.2 – Adotar medidas para o gerenciamento adequado das despesas inscritas e reinscritas em restos a pagar, para que 100% da execução financeira dessas despesas possa ocorrer no máximo em um ou dois anos das datas dos respectivos empenhos, de modo a garantir que as necessidades de saúde da população possam ser atendidas no curto prazo.

1.3 – Adotar medidas para a avaliação da viabilidade econômico-financeira da execução das despesas inscritas e reinscritas em restos a pagar, especialmente daquelas despesas cujos empenhos são anteriores ao ano de 2019, de modo a identificar os que são passíveis de cancelamentos ainda em 2020, cuja compensação se dará por meio da aplicação acima do piso federal do SUS em 2021.

1.4 – Adotar medidas para empenhar os recursos disponíveis na Ação 21C0 (enfrentamento da Covid-19), considerando a existência de valores referentes a créditos extraordinários abertos por Medidas Provisórias de 19 de maio e de 20 de maio.

2 – Incrementar tanto o empenhamento, quanto a liquidação das despesas orçamentárias para vigilância em saúde, bem como adotar medidas urgentes para a efetivação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada pela Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018, o que evitaria a perda dos testes de Covid-19 estocados conforme noticiado pela imprensa, particularmente as ações relacionadas as suas diretrizes:

2.1 – Articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo, consonante com os princípios do SUS, respeitando a diversidade e especificidade locorregional.

2.2 – Abranger ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção.

2.3 – Construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.

2.4 – Integrar as práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

2.5 – Promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico no âmbito nacional e internacional.

2.6 – Atuar na gestão de risco por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação, monitoramento de riscos, doenças e agravos.

2.7 – Detectar, monitorar e responder às emergências em saúde pública, observando o Regulamento Sanitário Internacional, e promover estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde.

2.8 – Produzir evidências a partir da análise da situação da saúde da população de forma a fortalecer a gestão e as práticas em saúde coletiva.

2.9 – Avaliar o impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a prevenir riscos e eventos adversos.

Anexo 5

Acórdãos do Plenário do Tribunal de Contas da União nº 4.049/2020, 2.817/2020, 1.888/2020 e 1.335/2020, que visaram ao acompanhamento da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia, 5º Relatório de Acompanhamento e respectivo Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler nos autos do TC 014.575/2020-5 e outros Acórdãos do TCU em matérias correlatas

5º Relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas da União acerca da atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19

Excertos do voto do Ministro Benjamin Zymler apresentado no 5º relatório de acompanhamento nos autos do TC 014.575/2020-5

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.
- [...]

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.

[...]

16. A disseminação de notícias falsas é outro fator que acaba por estimular comportamentos inadequados sob o ponto de vista sanitário.

[...]

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-mil-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.**

[...]

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.**

[...]

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 dever de atuar adequadamente para o enfrentamento da pandemia**, estabelecido também no art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011.

[...]

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.

[...]

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.**

[...]

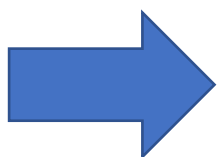
III. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

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.**

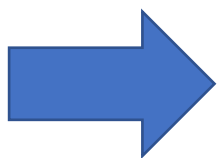
III.1. Execução orçamentária

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 de 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

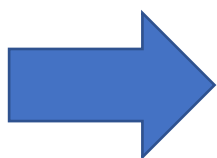


56. **Na lei orçamentária federal de 2021 (PLOA 2021), aprovada pelo Congresso Nacional em 25/3/2021 e ainda pendente de sanção presidencial e de publicação, não constam dotações para a ação orçamentária 21C0, específica para o controle das despesas relativas ao combate à pandemia da Covid-19. Para efeitos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

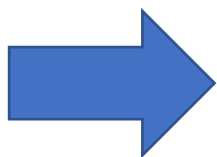
57. A ausência de recursos específicos para o combate à pandemia pode ser explicada pelo momento de elaboração do PLOA 2021, quando o Brasil estava em curva descendente do número de casos e mortes decorrentes da Covid-19.

[...]

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.

[...]

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%.

[...]

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 dívidas 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.”

[...]

VI.1

[...]

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).

[...]

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.

[...]

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

[...]

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, ... fornecer 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.

[...]

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.

[...]

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.

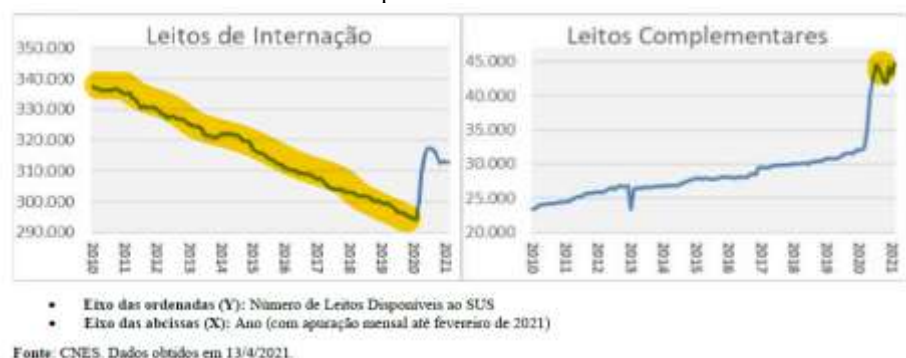
143. Extraíndo-se a média de todos os leitos disponíveis para o SUS conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), a partir da média de número de leitos disponíveis em todos os meses de 2020, chegou-se a um número total de 349.374 leitos, o que equivale a aproximadamente 1,66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



[...]

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... . 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,[...]

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

BENJAMIN ZYMLER

Relator

**4º Relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas da União acerca da atuação do
Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19**

ACÓRDÃO 4049/2020 – PLENÁRIO

**Processo TC 014.575/2020-5, julgado em 08/12/2020
Relator MINISTRO BENJAMIN ZYMLER**

ACOMPANHAMENTO. VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS DETERMINAÇÕES DO ACÓRDÃO 1.888/2020-PLENÁRIO; DOS ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS RELATIVOS AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE; DA EXECUÇÃO DE ALGUNS DOS PRINCIPAIS CONTRATOS FIRMADOS PELO MINISTÉRIO E DA CONDUÇÃO DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE BENS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS; DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PASSÍVEIS DE SEREM IMPLANTADAS NO COMBATE À PANDEMIA; DAS INICIATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA AQUISIÇÃO, PRODUÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE EVENTUAIS VACINAS CONTRA A COVID-19; E DAS MEDIDAS RELACIONADAS A REPRESENTAÇÕES ENVOLVENDO ASSUNTOS CONEXOS AO PRESENTE ACOMPANHAMENTO. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de fiscalização na modalidade 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,**

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Extraordinária do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator em:

9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que, no prazo de quinze dias, observando as disposições da Lei 12.527/2011, **divulgue em seu site as seguintes informações sobre o Grupo de Trabalho instituído pela Resolução 8, de 9/9/2020, da Casa Civil, sobre a Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis constituída no âmbito do PNI e sobre outros mecanismos existentes ou que venham a ser constituídos no âmbito do Ministério da Saúde para deliberar ou assessorar acerca das ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina contra a Covid-19: instrumento de instituição, relação dos membros, competências, calendário de reuniões, pautas, atas de reuniões realizadas e deliberações, observado o sigilo da informação somente naquilo que for necessário para a segurança da sociedade e do Estado;**

9.2. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, e tendo por base as referências das experiências internacionais e nacionais apontadas na seção VI, que avalie 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, observada a proteção aos dados pessoais, na forma da Lei 13.709/2018;

RELATÓRIO

[...]

9. Nesta oportunidade, aprecia-se o quarto relatório parcial elaborado pela SecexSaúde, lavrado nos seguintes termos – transcrito parcialmente com os ajustes de forma que entendi pertinentes:

“5. Este quarto relatório apresenta 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; e da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços.

[...]

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

Cumprimento de determinações anteriores

[...]

23. A equipe registrou **não ter verificado ajustes na estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para enfrentamento da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença** (item 9.1.2), apesar das estratégias de comunicação digital elencadas pelo MS, e destacou que um contingente considerável da população brasileira não utiliza a internet.

[...]

28. Sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (item 9.1.3), o MS informou que, no âmbito da Casa Civil, decidiu-se pela revogação expressa do art. 8º do Decreto 10.277/2020. **Todavia, a revogação não ocorreu, de forma que a deliberação foi considerada em cumprimento, e, como lembrado pelo Ministro Relator, caso a intenção do MS seja a extinção dessa estrutura de governança, será necessária a revogação do Decreto 10.211/2020, que dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial e suas competências.**

29. Quanto à determinação para elaboração de instrumento legal para regular o funcionamento do Gabinete de Crise da Covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde (subitem 9.1.4), o MS informou que foi elaborada proposta de portaria para esse fim, que foi encaminhada para análise do Gabinete do Ministro da Saúde e aguardava anuência superior para futura publicação. Ante o exposto, a equipe do acompanhamento considerou a deliberação em cumprimento.

30. **Em relação à elaboração dos planos tático-operacionais (item 9.1.5), a equipe registrou a resposta do Ministério da Saúde, segundo a qual o COE deu início à revisão do Plano de Contingência e à condução do processo de elaboração dos planos táticos para os itens apontados no acórdão.**

31. A equipe destacou ainda que **a resposta do Ministério da Saúde evidencia a ausência de uma estratégia federal minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia** e, diante das informações relativas à elaboração dos mencionados planos, também considerou a determinação em cumprimento.

[...]

36. **Sobre o planejamento, foi relatado que o Plano de Contingência Nacional estava em revisão e que os planos tático-operacionais estavam sendo elaborados pelas áreas técnicas do MS, e em relação às atribuições do COE e alteração da gestão, informaram que a nova portaria estava em vias de ser publicada e encontrava-se no gabinete do Ministro para aprovação.**

37. Considerando que **as mesmas respostas tinham sido apresentadas pelo Ministério da Saúde, em 25/8/2020, em resposta ao Acórdão 1.888/2020, e que o prazo para cumprimento das deliberações do acórdão já havia encerrado**, foi realizada reunião no dia 26/11/2020 com o Secretário-Executivo (SE) do MS, que informou a publicação no dia seguinte da portaria relativa ao COE e ao Gabinete de Crise e do Plano de Contingência Nacional atualizado.

38. A equipe de fiscalização identificou, no dia 27/11/2020, a publicação da Portaria GM/MS 3.190/2020, com a instituição formal do Gabinete de Crise e a alteração da gestão e das competências do COE (peça 256).

39. **Em relação ao Gabinete de Crise, a portaria definiu a sua composição, a periodicidade das reuniões e a atribuição de acompanhar e analisar os cenários**

relativos ao enfrentamento da Espin para subsidiar a tomada de decisão no âmbito do Ministério da Saúde.

40. Em relação ao COE, a portaria também definiu a composição, o caráter permanente do mecanismo até o encerramento da Espin e o exercício da sua coordenação pela Secretaria-Executiva do MS. Quanto às competências, o normativo revogou a atribuição do Centro para propor ao Ministro da Saúde a aquisição, contratação e requisição de bens e serviços necessários para a atuação no período da Espin (art. 12, inciso II, Portaria GM/MS 3.190/2020).

41. Apesar de o item 9.1.1 do Acórdão 1.888/2020 ter determinado ao MS a adoção de medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, **o MS optou por adequar o normativo de regência do COE ao papel efetivamente desempenhado pelo mecanismo que não propõe ao Ministro da Saúde a aquisição ou requisição de bens e serviços e tampouco atua na formulação de estratégias**, a exemplo da afirmação do secretário-executivo, na reunião realizada, de que o responsável pela elaboração de uma política de testagem seria a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e não o COE.

42. Por fim, **não se verificou, até o fechamento deste relatório em 26/11/2020, a publicação do Plano de Contingência Nacional revisado**. De acordo com declarações do SE, **seria excluído do Plano de Contingência a atribuição do MS de garantir o estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes, assim como não seriam elaborados os planos táticos** (objeto da determinação do item 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020), já que ambos não seriam atribuição do Ministério.

43. Desta forma, a análise do cumprimento da deliberação relativa à elaboração dos planos tático-operacionais será objeto do próximo relatório de fiscalização.

Contudo, **é possível resgatar a afirmação do terceiro relatório de acompanhamento, segundo o qual a ausência dos documentos demonstra a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia.**

44. O art. 7º, inciso IX, da Lei 8.080/1990 estabelece dentre os princípios que orientam as ações e serviços de saúde a descentralização político-administrativa. Desta forma, **para o combate à pandemia causada pelo novo coronavírus teria sido essencial que as ações e iniciativas tivessem sido planejadas desde o início com os Estados, Municípios e DF, com a definição dos responsáveis pela aquisição de cada insumo, com o conhecimento dos estoques e das reais necessidades de cada UF e dos critérios objetivos para distribuição dos insumos.**

45. **O planejamento adequado permite definir os insumos a serem adquiridos e os quantitativos, escalonamento das entregas, Unidades da Federação beneficiadas, de forma a minimizar riscos de desabastecimento, de perda de produtos por expiração de prazo de validade, de aquisição de materiais desnecessários ou em quantidades superiores às necessárias. Riscos sobre os quais o TCU tem alertado o Ministério da Saúde desde o início do presente acompanhamento, com o envio do inventário de riscos, mencionado no primeiro e segundo relatórios da fiscalização.**

46. **O planejamento possibilita o controle social e facilita a transparência das ações governamentais, permitindo à população comparar as expectativas de atuação da Administração Pública, pois o planejamento não é estático e o cenário em que se baseia está sujeito a constantes mutações, com o efetivamente realizado.**

47. É importante compreender que o correto planejamento é também um instrumento de segurança para o gestor, pois é uma oportunidade para justificar a conveniência e oportunidade de suas ações e o critério técnico das suas decisões e, no caso na necessidade de revisão do planejamento ou do insucesso de alguma ação, o adequado planejamento é capaz de demonstrar que o gestor adotou as medidas adequadas de acordo com o cenário do momento da decisão.

48. O planejamento das ações do MS para combater a pandemia mantém sua relevância neste momento em que se constata um aumento no número de casos e óbitos causados pela Covid-19, conforme tabela 1 e gráficos 1 e 2 abaixo, apesar do registro dos casos nas últimas semanas ter sido prejudicado pelo ataque de hacker sofrido pelo Ministério da Saúde no dia 5/11/2020.

[...]

49. **O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, como registrado no segundo relatório desta fiscalização, é um guia para três diferentes níveis de resposta que o Brasil possa requerer. Segundo o documento, as Secretarias de Saúde dos Municípios e Estados e o Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências e empresas devem tomar nota do plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta.**

50. Para o nível de resposta emergência de saúde pública e eixo de suporte laboratorial, por exemplo, o plano recomenda que sejam garantidos os insumos para diagnóstico da Covid-19 e que seja garantida a realização do diagnóstico de RT-PCR em tempo real. Contudo, não estabelece os responsáveis por estas ações no âmbito do Ministério, as ações e atividades que devem ser executadas para que as recomendações do plano sejam atendidas, prazo para implementação, orçamento, estimativas de custos, sistemas utilizados.

51. **A elaboração dos planos de contingência nacional e planos tático-operacionais não assegura a efetividade da ação governamental no combate à pandemia, mas seria um indicativo da existência de uma estratégia para a contenção dos efeitos da pandemia, sendo necessário, na verdade, que o Ministério da Saúde realmente implemente as ações necessárias para a operacionalização dos planos.**

52. **Caso o Ministério da Saúde realmente não entenda como sua a função de elaboração dos planos tático-operacionais, determinada por meio dos itens 9.1.5 do Acórdão 1.888-TCU-Plenário e 9.1.2 do Acórdão 2.817-TCU-Plenário, deverá recorrer da medida, pois o descumprimento, sem justificativa, das determinações do Tribunal pode gerar a responsabilização dos gestores do Ministério.**

53. Por fim, com relação ao GEI-ESP II, o SE afirmou que seria necessária uma articulação com a Casa Civil para alteração dos normativos de regência do grupo.

54. Ante o exposto, propõe-se considerar cumpridos os itens 9.1.1 e 9.1.4 do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, reforçando que, caso as determinações constantes do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, especialmente as relativas à elaboração de instrumentos de planejamento, não sejam cumpridas no prazo, poderá ser proposta a realização de audiência dos responsáveis.

III. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

[...]

63. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente, cuja consolidação dos dados foi realizada em 28/9/2020, relevante diminuição das dotações para aplicação direta (90) e aumento no valor da dotação para transferências ao exterior (80), em virtude da entrada do Brasil na aliança Covax Facility.

[...]

Aplicações diretas

65. No tocante aos recursos a serem aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde no âmbito federal (R\$ 9,67 bilhões), incluindo suas unidades vinculadas – que compõem o escopo deste acompanhamento – haviam sido empenhados R\$ 6,44 bilhões até 24/11/2020.

66. Observa-se que a dotação atualizada diminuiu de R\$ 10,5 bilhões, em 28/9/2020, para R\$ 9,67 bilhões, em 24/11/2020. Já o valor empenhado subiu de R\$ 5,84 bilhões para R\$ 6,44 bilhões, no mesmo período.

[...]

Considerações sobre a execução orçamentária

70. 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.

71. A título de comparação, são apresentados abaixo os valores das dotações atualizadas, os valores empenhados e pagos e os correspondentes percentuais de execução nas datas de 25/6/2020 (consolidação dos dados do segundo relatório), 28/9/2020 (consolidação dos dados do terceiro relatório) e 25/11/2020 (consolidação dos dados deste quarto relatório).

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

Aplicações Diretas (90)					
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
25/6/2020	11.407.109.967,92	2.886.878.898,37	25,31%	1.394.038.280,07	12,22%
28/9/2020	10.500.940.218,88	5.803.720.091,91	55,27%	4.155.909.305,57	39,58%
25/11/2020	9.667.620.590,15	6.437.184.726,00	66,58%	4.758.383.477,06	49,22%
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)
25/6/2020	9.992.269.042,01	4.057.646.123,25	40,61%	3.943.131.282,34	39,46%
28/9/2020	9.172.496.709,91	8.185.168.306,03	89,24%	7.378.481.839,74	80,44%
25/11/2020	9.219.049.884,31	8.100.830.394,08	87,87%	8.041.991.913,17	87,23%
Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41)					
Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
25/6/2020	16.874.453.109,47	5.791.278.867,06	34,32%	5.707.188.966,55	33,82%
28/9/2020	23.217.097.199,60	21.143.554.158,94	91,07%	19.555.312.513,50	84,23%
25/11/2020	23.119.186.186,10	21.608.890.631,40	93,47%	21.495.497.176,26	92,98%

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta no Tesouro Gerencial em 25/11/2020

72. Como já informado, é possível observar a diminuição das dotações para as modalidades de aplicação direta (90) e, praticamente, a manutenção das dotações das Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo (31) e Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41).

73. Em relação à execução, observa-se relevante aumento no percentual pago para os três tipos de modalidades apresentadas, especialmente no que se refere às transferências fundo a fundo. As transferências a Estados e DF tiveram um percentual variando de 39,46% para 87,23% em termos de valores pagos e as transferências a

municípios aumentaram de 33,82% para 92,98%, também em termos de valores pagos.

74. Em termos absolutos, observa-se expressivo incremento no valor repassado aos municípios, que variou de R\$ 5,71 bilhões para R\$ 21,49 bilhões no período considerado.

IV. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

[...]

81. Onze UFs informaram já terem iniciado o processo para aquisição de seringas e agulhas, havendo previsão de contratação de 150 milhões de unidades do item (peça 258). [...]

Ademais, não há clareza sobre quantas seringas do registro de preços serão adquiridas diretamente pelo Ministério da Saúde e quantas serão adquiridas pelos estados.

Por fim, cabe ressaltar a necessidade de o Ministério da Saúde atuar para ter conhecimento dos estoques existentes, em nível Estadual, além de considerar as aquisições e estoques relacionados a outros órgãos federais, como a Fiocruz, Instituto Evandro Chagas, Hospitais Universitários e Hospitais Federais.

[...]

Análise

128. Em relação às aquisições do Ministério da Saúde, observou-se lentidão no andamento dos processos de contratação e de registro de preços. Ademais, em reunião realizada, em 26/11/2020, com o Secretário-Executivo do MS, para tratar dos encaminhamentos do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, o SE [Secretário Executivo] afirmou que o Ministério não realizará mais aquisições de respiradores e equipamentos para proteção individual (EPIs) para a pandemia da Covid-19.

129. Uma avaliação mais aprofundada sobre a necessidade de celeridade dos processos atuais de contratação e sobre a decisão do MS em relação à aquisição de EPIs e respiradores resta inviabilizada devido à ausência de um plano logístico para a Covid-19 elaborado pelo Ministério em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios, com previsão de diferentes cenários para a evolução da pandemia, definindo responsabilidades para a aquisição; itens a serem contratados; quantidade; prazos de execução e estimativa de valores; avaliação do estoque existente dos equipamentos e insumos.

130. Sobre esse assunto, nunca é demais ressaltar que o planejamento é ferramenta fundamental para o trabalho do gestor, como já alertado anteriormente por esta equipe. No caso das atividades logísticas, é essencial para redução de perdas desnecessárias e para evitar desabastecimentos.

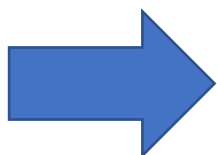
V. ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DE CONTRATOS RELATIVOS À COVID-19

[...]

132. Como já observado nos relatórios anteriores, os processos de contratação analisados iniciam-se com a decisão de compra já tomada, não constando documentos que demonstrem a justificativa específica da necessidade da contratação, da quantidade a ser contratada com as respectivas memórias de cálculo e da destinação do objeto contratado.

133. Ao longo dos diversos processos, observou-se que a execução das contratações é controlada em outros processos ou de outras formas, sendo, quando muito, incluído no processo de contratação apenas o relatório do fiscal do contrato, de modo que a não inclusão dos números dos processos de execução dos contratos no processo original de contratação dificultou a análise da execução como um todo.

[...]



142. Verificou-se que as distribuições realizadas ocorreram de maneira **segmentada, de acordo com a solicitação dos entes subnacionais e com a disponibilidade dos ventiladores, pois é possível verificar o mesmo ente recebendo os equipamentos em diferentes datas.** Não constam no processo, contudo, as requisições dos entes locais para o fornecimento dos ventiladores.

143. **A análise em conjunto dos diferentes processos de aquisição de ventiladores pulmonares indica um descompasso na atuação do Ministério da Saúde**, pois, enquanto nos Contratos 120/2020 e 179/2020 foram assinados, em 6/8/2020 e 28/9/2020, **termos aditivos de supressão dos quantitativos avançados, na ordem de 25% e 47%, respectivamente, devido ao “caráter mutável da epidemia do Coronavírus e das reanálises dos planos de contingência”, em 26/8/2020 foram assinados termos aditivos de acréscimo de 25% para os Contratos 137/2020, 145/2020 e 151/2020.** No entanto, em 23/9/2020, a CGAHD solicitou a rescisão desses mesmos termos aditivos com a seguinte justificativa:

Conforme o andamento da Pandemia e diminuição da ocorrência de novos casos, caracterizando o fato superveniente, assim, a demanda dos estados e municípios pelos respiradores foi gradualmente reduzida. E considerando a compra realizada por este Ministério da Saúde e o estoque existente em Guarulhos.

144. A verificação da execução de alguns contratos de aquisição e máscaras e ventiladores pulmonares indica que, apesar da falta de planejamento das aquisições e das deficiências na definição dos quantitativos a serem adquiridos e na interlocução com os gestores estaduais e municipais, as aquisições cumpriram sua finalidade, pelo menos no âmbito do Ministério da Saúde, tendo sido recebidas pela Pasta, em geral, no prazo acordado, e distribuídas aos entes subnacionais, não havendo informações, contudo, sobre a utilização desses itens pelos Estados, DF e Municípios.

VI. DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA COVID-19

145. Em que pesem os atuais esforços governamentais estarem mais centrados nos processos de aquisição de vacina para a Covid-19, um **aspecto fundamental para o controle da pandemia em território nacional, minimizando o impacto de eventuais novas ondas de contaminação e protegendo populações mais vulneráveis, é a estruturação de uma rede nacional de vigilância em saúde com dados sobre a pandemia.**

[...]

148. **A eficácia do imunizante pode, por exemplo, ser aquém da esperada, eventuais campanhas podem não atingir o público-alvo, e não existem estudos conclusivos sobre a duração da imunidade oferecida pelas vacinas – recentes ondas de contaminação, com alguns casos de reinfecção, sugerem que essa imunidade pode ser temporária.**

149. Nesse contexto, o governo federal, em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, deve envidar esforços no sentido de **implementar um conjunto de estratégias sistemáticas de coleta, consolidação e disseminação de dados sobre eventos relacionados à pandemia, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a prevenção de agravos.**

150. Dados qualificados sobre a pandemia são importantes para orientar a ação dos gestores locais e da própria sociedade civil. Com esses dados seria possível, por exemplo, identificar os bairros em que uma maior quantidade de residentes foi contaminada nas últimas semanas (nos quais medidas restritivas podem ser necessárias) ou aqueles em que mais residentes necessitaram de internação hospitalar ou foram a óbito – o que pode indicar pessoas sem acesso a tratamento precoce.

151. Observando-se práticas internacionais para vigilância em saúde, verificou-se que diversos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) elaboraram mapas interativos, que mostram o número de casos registrados e de óbitos por Covid-19 nos respectivos territórios, de forma a identificar áreas que demandam mais atenção governamental.

[...]

154. **No Brasil, os dados oficiais relativos à Covid-19 têm como origem as Secretarias Estaduais de Saúde, assumindo o governo federal o mero papel de consolidador dos dados. Frise-se que esse é um papel operacional, que também é**

realizado por um consórcio de veículos de imprensa formado pelos portais de notícias g1.globo.com, oglobo.globo.com, extra.globo.com, estadao.com.br, folha.uol.com.br e uol.com.br.

155. Essa dinâmica de apresentação de dados possibilita a obtenção de dados de morbidade e mortalidade por Covid-19 por municípios, mas **não possibilita saber como esses dados são distribuídos dentro do respectivo município** (a menos que o ente subnacional tenha um sistema próprio de vigilância em saúde que o faça).

156. Em tese, utilizando-se dados do sistema de vigilância em saúde, denominado e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica), também chamado e-SUS Notifica (notifica.saude.gov.br), **seria possível ao governo federal criar um mapa nacional interativo com o número de casos e de óbitos por data do evento, com base no Código de Endereçamento Postal (CEP) constante das respectivas fichas de notificação, o que possibilitaria um monitoramento bem mais preciso da Covid-19 em território nacional.**

[...]

162. O Ministério da Saúde deve sempre se preocupar em proteger os dados dos usuários do Sistema Único de Saúde e, para tal, deve sempre pensar em mecanismos de segurança e formas de disponibilizar dados epidemiológicos sem expor informações pessoais. Entretanto, **uma pretensa proteção de dados pessoais não pode justificar uma eventual inércia do poder público na gestão dos dados da pandemia, com a consequente transferência de responsabilidade pelas ações de vigilância aos governos estaduais e municipais.**

[...]

166. Entende-se que **a criação de um mapa interativo dessa natureza é uma ação de vigilância em saúde e deveria ser de iniciativa do próprio Ministério da Saúde, que é o responsável por monitorar o quadro sanitário no Brasil e detém os dados mais completos sobre a pandemia no Brasil, e que pode assegurar a integridade dos registros, protegendo os dados dos usuários do Sistema Único de Saúde e resguardando o cumprimento das disposições da Lei 13.709/2018.**

167. Nesse contexto, considerando que se identificou uma oportunidade de melhoria da gestão de uma ação de governo, a equipe do acompanhamento formulou **proposta de recomendação para que o Ministério da Saúde avalie a conveniência e a oportunidade de criar um mapa interativo dos casos confirmados de Covid-19 em todo o território nacional, a partir de dados do sistema e-SUS Notifica, com o respectivo encaminhamento dos pacientes, de modo a tornar público aos gestores locais de saúde e a população em geral as regiões mais afetadas pela pandemia.**

168. A proposta de recomendação objetivava propiciar um **cenário mais claro de como a pandemia evolui no território nacional, e direcionar ações do poder público para proteger grupos mais vulneráveis.** Ressalta-se que existem estudos que indicam que a Covid-19 é mais letal em populações em maior vulnerabilidade social, o que pode decorrer de vários fatores, tais como falta de saneamento básico, moradias precárias, maiores deficiências nutricionais e informalidade.

[...]

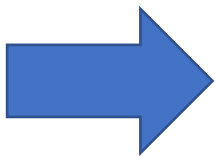
182. Assim, considerando que se identificou uma oportunidade de melhoria da gestão de uma ação de governo, propõe-se, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020 e tendo por base as referências das experiências internacionais e nacionais apontadas nesta, **recomendar ao Ministério da Saúde que avalie 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 público aos gestores locais de saúde e à população em geral as regiões mais afetadas pela pandemia, observada a proteção aos dados pessoais, na forma da Lei 13.709/2018.**

[...]

VII. VACINAS

[...]

251. A equipe de fiscalização acompanhou, no dia 1/12, a apresentação, no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis, do Plano Preliminar de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.



252. Inicialmente, deve-se esclarecer que, **segundo o Ministério, uma versão definitiva do Plano será apresentada após o registro da vacina no país.**

253. Os objetivos do plano são: definir e descrever o modelo de informações para registro do vacinado, bem como para o evento adverso pós-vacinação; apresentar indicadores para monitorar o processo de preparação, operacionalização e resultados da campanha de vacinação; orientar a vigilância dos eventos adversos pós vacinação; propor estudos pós-marketing para acompanhamento.

[...]

255. A Coordenadora do Programa Nacional de Imunizações (PNI) apresentou os critérios para definição dos grupos prioritários da vacinação e os dados utilizados. Considerando a aplicação de duas doses dos imunizantes e 5% de perda no processo produtivo, seriam necessárias 109.518.461 doses de vacina para imunização dos grupos descritos.

[...]

270. Tem-se ainda que o terceiro relatório deste acompanhamento já havia se debruçado sobre a transparência das iniciativas relativas à vacina da Covid e relatou **a ausência de iniciativas do Ministério da Saúde para esclarecer a população em relação a essas iniciativas e também em relação às incertezas relacionadas à definição do público alvo e à estimativa de início da aplicação da vacina.**

[...]

277. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, **determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, observando as disposições da Lei 12.527/2011, dê ampla transparência em seu site acerca do Grupo de Trabalho, coordenado pelo Ministério da Saúde, instituído pela Resolução 8 do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, e da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis, constituído no âmbito do PNI, e de outros mecanismos constituídos ou que venham a ser constituídos no âmbito do Ministério da Saúde ou sob sua coordenação para deliberar ou assessorar acerca das ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina contra a Covid-19, com a divulgação de instrumento de instituição, relação dos membros, competências, calendário de reuniões, pautas, atas de reuniões realizadas, decisões e deliberações, observado o sigilo da informação somente naquilo que for necessário para a segurança da sociedade e do Estado (art. 4º da Lei 12.527/2011).**

VIII. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

278. Diante das notícias veiculadas em diversos meios de comunicação, segundo as quais **o Ministério da Saúde tem cerca de 6 milhões de testes para a Covid-19 armazenados, com prazo de validade a expirar entre dezembro/2020 e janeiro/2021**, o Ministro Relator determinou à SecexSaúde que solicitasse ao MS as seguintes informações:

a) Quantidade de testes RT- PCR para Covid-19 armazenados no almoxarifado central do Departamento de Logística do Ministério da Saúde (Dlog/MS) ou em outro local sob responsabilidade do MS, com data de entrada e data de validade;

b) Contratos de aquisição de testes RT- PCR para Covid-19 celebrados pelo Dlog, com informações do quantitativo adquirido e valor associado, entregas realizadas (destino, data), devendo encaminhar a pauta de distribuição do referido item;

c) Compras de testes RT – PCR realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde, com informações de quantidade, valor associado, entregas (destino, data), devendo encaminhar a pauta de distribuição do referido item;

d) Para os medicamentos com data de validade próxima a vencer, indicar se e qual(is) medida(s) já foram ou estão por ser adotadas, em especial junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e fornecedores, no sentido de se evitar a perda do material adquirido;

e) Motivos pelos quais os testes não foram distribuídos aos entes regionais, bem como esclarecimentos acerca de eventuais contatos com os gestores locais para distribuição dos referidos testes.

279. O Ofício de Requisição 25/2020 (peça 244) foi encaminhado em 23/11/2020 e, até a conclusão deste relatório, 26/11/2020, as informações solicitadas não haviam sido encaminhadas.

[...]

IX. CONCLUSÃO

281. Este quarto ciclo de acompanhamento das ações do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus não apresenta constatações diferentes dos relatórios anteriores no tocante à deficiência do planejamento das ações da pasta no tocante ao tema.

282. Os representantes do Ministério da Saúde não compreendem como função da Pasta a articulação com os entes subnacionais para a elaboração de um plano nacional de combate à pandemia, respeitando as particularidades locais ou a elaboração de planos tático-operacionais (seção II).

283. Desta forma, o Ministério da Saúde, após ter, no início da pandemia, adquirido e distribuído equipamentos de proteção individual e respiradores, ainda que em total desarticulação com os entes subnacionais (seção V), passou a agir, em relação às compras, por demanda desses, como no caso da aquisição dos kits anestésicos e testes para detecção de Covid-19 (objeto do terceiro relatório) e, mesmo no caso da aquisição de testes por demanda, há risco de perda de aproximadamente 6 milhões de testes, em razão da possível perda da validade antes mesmo da distribuição aos Estados (seção VIII)

284. A avaliação das ações da Pasta, da necessidade de novos processos de compra e da celeridade que deve ser dada a esses processos resta prejudicada diante da ausência de planejamento do Ministério (seção IV).

285. Destacam-se como ações positivas as iniciativas para disponibilização da vacina no território nacional (seção VII) e a disponibilização de recursos para os entes subnacionais (seção III), apesar de que a ausência de um plano de combate à pandemia e de um planejamento integrado de compras seja um risco para a adequada utilização desses recursos.

286. Todavia, apesar de a declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional completar nove meses no dia 4/12, ainda há espaço para o aprimoramento do planejamento das ações do Ministério, das ações de vigilância em saúde (seção VI) e da transparência das informações relativas aos mecanismos criados para debater e deliberar acerca das ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina contra a Covid-19, inclusive a elaboração de Plano Nacional de Vacinação (seção VII).

VOTO DO MINISTRO RELATOR BENJAMIN ZYMLER

[...]

9. Nesta oportunidade, aprecia-se o quarto relatório parcial elaborado pela unidade técnica.

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

- a) a verificação do cumprimento das determinações do Acórdão 1.888/2020-Plenário;
- b) os aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde, consolidados até o dia 24/11/2020;
- c) a execução de alguns dos principais contratos firmados pelo Ministério e a condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços;
- d) as ações de vigilância em saúde passíveis de serem implantadas no combate à pandemia;
- e) as iniciativas do Ministério da Saúde para aquisição, produção e disponibilização de eventuais vacinas contra a Covid-19; e
- f) medidas relacionadas a representações envolvendo assuntos conexos ao presente acompanhamento.

[...]

II – Da verificação do cumprimento das determinações do Acórdão 1.888/2020-Plenário

15. Conforme visto, o segundo relatório de acompanhamento examinou a estrutura de governança do Ministério da Saúde para o enfrentamento à crise causada pelo novo coronavírus, o que envolveu o exame da estrutura organizacional dos órgãos e de suas unidades internas, bem como os mecanismos de planejamento e comunicação.

16. Tal procedimento de auditoria deu ensejo às determinações e recomendações transcritas no item 6 *supra*, além da **diligência endereçada ao órgão a fim de que apresentasse a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde e a estratégia de aquisições para o combate à Covid-19.**

[...]

18. **O segundo relatório destacou o enfraquecimento da política de comunicação do Ministério no combate à pandemia no sentido de emitir orientações de saúde para o público em geral.**

19. Ademais, a equipe de fiscalização verificou que **o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus não apresentava planos tático-operacionais para cada uma das ações descritas no documento.**

20. As determinações e recomendações proferidas foram objeto de monitoramento no terceiro ciclo de acompanhamento, que chegou às seguintes conclusões:

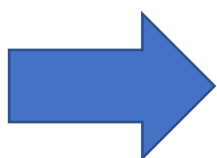
- a) os **itens 9.1.1 a 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020 estavam em cumprimento**, sendo que, no caso dos itens 9.1.2 e 9.1.5, a situação gerou a expedição de novas determinações, consubstanciadas nos itens 9.1.1 e 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020-Plenário (elaboração de plano estratégico detalhado para a viabilização de medidas de comunicação de risco e de gestão e assistência farmacêutica previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus);
- b) o item 9.3 do aludido **decisum** havia sido atendido.

[...]

22. Os auditores da SecexSaúde identificaram a publicação da Portaria GM/MS 3.190/2020, com a instituição formal do Gabinete de Crise e a alteração da gestão e das competências do COE (peça 256).

23. Em relação ao Gabinete de Crise, a portaria definiu a sua composição, a periodicidade das reuniões e a atribuição de acompanhar e analisar os cenários relativos ao enfrentamento da Espin para subsidiar a tomada de decisão no âmbito do Ministério da Saúde.

24. No tocante ao COE, a norma também definiu a composição, o caráter permanente do mecanismo até o encerramento da Espin e o exercício da sua coordenação pela Secretaria-Executiva do MS. Quanto às competências, o normativo revogou a atribuição do Centro para propor ao Ministro da Saúde a aquisição, contratação e requisição de bens e serviços necessários para a atuação no período da Espin (art. 12, inciso II, Portaria GM/MS 3.190/2020).



25. Dessa forma, observo que o MS optou por adequar o normativo de regência do COE ao papel efetivamente desempenhado até então pela unidade, de descentralizar as decisões a respeito da estratégia de aquisições, o que, a nosso juízo, pode não ser a opção mais acertada, considerando os ganhos advindos de aquisições e planejamento centralizado.

26. Por fim, **a SecexSaúde não verificou, até o fechamento do relatório, em 26/11/2020, a publicação do Plano de Contingência Nacional revisado**. Conforme apurado pela unidade técnica, a partir de declarações do Secretário Executivo, “(...) seria excluído do Plano de Contingência a atribuição do MS de garantir o estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes, assim como não seriam elaborados os planos táticos (objeto da determinação do item 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020), já que ambos não seriam atribuição do Ministério”.

[...]

28. [...] **cabe repisar a conclusão, exposta no terceiro ciclo de acompanhamento, de que a ausência dos documentos demonstra a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia.**

29. **O planejamento governamental é importante para a execução de qualquer política pública, mesmo aquelas relacionadas ao enfrentamento de uma situação de emergência. Não obstante as dificuldades inerentes à solução de um problema novo, como a crise do coronavírus, e os próprios avanços verificados na descoberta de uma vacina, é importante lembrar que a pandemia ainda está longe de seu término.**

[...]

31. Nesse contexto, é oportuno que o Ministério envide esforços, além dos já realizados para o combate na pandemia, no sentido de racionalizar suas estratégias de ação para o equacionamento do problema de saúde pública.

32. Como assinalado pela SecexSaúde, **a elaboração dos planos de contingência nacional e planos tático-operacionais não assegura a efetividade da ação governamental no combate à pandemia. Todavia, eles são importantes para evitar desperdício de recursos e duplicidade de esforços e maximizar, na medida do possível, os efeitos das ações dos diversos atores encarregados da execução dessa política pública.**

[...]

III - Dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento da pandemia

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

[...]

41. Conforme já mencionado, 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 24/11/2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 49,85 bilhões.

42. Desse total, R\$ 43,74 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde, de acordo com consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) por meio do sistema Tesouro Gerencial.

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

- a) R\$ 9,67 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde;
- b) R\$ 9,22 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde (modalidade de aplicação 31);
- c) R\$ 23,20 bilhões para transferência aos fundos municipais (modalidade de aplicação 41); e
- d) R\$ 1,58 bilhões para transferências ao exterior.

44. Observo relevante diminuição das dotações para aplicação direta (90) e aumento no valor da dotação para transferências ao exterior (80), em relação ao ciclo de acompanhamento precedente. O incremento no último dado decorreu da entrada do Brasil na aliança **Covax Facility**, a ser tratado adiante.

[...]

47. 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. Tal situação se reverteu com o passar do tempo, sendo que, neste último ciclo, houve um substancial aumento no percentual da dotação paga, especialmente nas transferências fundo a fundo.

[...]

49. Com isso, é possível concluir que houve uma significativa melhoria na execução financeira do Ministério da Saúde no que se refere às ações voltadas ao enfrentamento da pandemia.

IV - Da execução dos contratos firmados pelo Ministério da Saúde e da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços relativos ao combate da Covid-19

[...]

51.2. com relação a kits anestésicos:

[...]

c) a situação de **desabastecimento dos medicamentos para intubação não resta solucionada, permanecendo necessária a atuação conjunta do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) enquanto perdurar a pandemia do novo coronavírus**, com vistas ao monitoramento dos estoques e ao auxílio aos Estados e aos Municípios e ao DF para a aquisição desses itens;

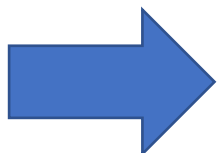
[...]

53. A unidade técnica pontuou que uma avaliação mais aprofundada sobre a atuação do MS na aquisição de insumos e equipamentos para o enfrentamento da pandemia "(...) **resta inviabilizada devido à ausência de um plano logístico para a Covid-19 elaborado pelo Ministério em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios**, com previsão de diferentes cenários para a evolução da pandemia, definindo responsabilidades para a aquisição; itens a serem contratados; quantidade; prazos de execução e estimativa de valores; avaliação do estoque existente dos equipamentos e insumos".

[...]

57. Não obstante, a SecexSaúde manifestou preocupação com o eventual descompasso entre o cronograma de fornecimento das vacinas e o de entrega das seringas e agulhas (item 49.1, letra "d") e com a situação de desabastecimento de medicamentos para intubação nos entes federativos (item 49.2, letra "b"), aspectos que demandam o estrito monitoramento por parte do MS.

[...]



V - Das ações de vigilância em saúde passíveis de serem implantadas no combate à pandemia

59. Numa visão prospectiva, a unidade técnica pontuou ser **relevante a estruturação de uma rede nacional de vigilância em saúde com dados sobre a pandemia.**

[...]

74. Dessa forma, após pontuar que aproveitou as considerações do MS para incrementar a redação da medida a ser proposta, concluiu que identificou uma oportunidade de melhoria da gestão de uma ação de governo e alvitrou, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020:

*“(..)**recomendar ao Ministério da Saúde que avalie 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 público aos gestores locais de saúde e à população em geral as regiões mais afetadas pela pandemia, observada a proteção aos dados pessoais, na forma da Lei 13.709/2018.**”*

[...]

80. A despeito disso, acolho a proposta da unidade técnica, uma vez que a medida sugerida constitui, de fato, uma boa prática e, além disso, não afasta o poder discricionário do MS de decidir a respeito da matéria. Com isso, deve a SecexSaúde avaliar, no próximo ciclo de acompanhamento, as novas ponderações trazidas pelo órgão, em sua reflexão sobre a implantação ou não da recomendação.

VI - Das iniciativas do Ministério da Saúde para aquisição, produção e disponibilização de eventuais vacinas contra a Covid-19

[...]

130. Nesse cenário, após discutir a proposta com o órgão ministerial, a SecexSaúde alvitrou que **o órgão “dê ampla transparência em seu site acerca do Grupo de Trabalho, coordenado pelo Ministério da Saúde, instituído pela Resolução 8 do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, e da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis, constituído no âmbito do PNI, e de outros mecanismos constituídos ou que venham a ser constituídos no âmbito do Ministério da Saúde ou sob sua coordenação para deliberar ou assessorar acerca das ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina contra a Covid-19, com a divulgação de instrumento de instituição, relação dos membros, competências, calendário de reuniões, pautas, atas de reuniões realizadas, decisões e deliberações, observado o sigilo da informação somente naquilo que for necessário para a segurança da sociedade e do Estado (art. 4º da Lei 12.527/2011)”.**

131. Por entender que a medida é útil e necessária à melhor compreensão da estratégia de vacinação contra a Covid-19 e considerando os parâmetros normativos que se impõem à matéria, acolho a proposta da unidade técnica.

VII – Das medidas relacionadas a representações envolvendo assuntos conexos ao presente acompanhamento.

132. A SecexSaúde também reportou a expedição de ofício de requisição ao MS, em atendimento à comunicação de minha lavra proferida no Plenário, para que o órgão prestasse informações sobre a existência de testes RT-PCR para Covid-19, armazenados em dependências sob sua responsabilidade, com data de validade na iminência de expirar.

[...]

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

**3º Relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas da União acerca da atuação do
Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19**

ACÓRDÃO 2817/2020 – PLENÁRIO

**Processo TC 014.575/2020-5, julgado em 21/10/2020
Relator MINISTRO BENJAMIN ZYMLER**

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA MONTADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O COMBATE À CRISE GERADA PELO NOVO CORONAVÍRUS E DOS ATOS REFERENTES À EXECUÇÃO DE DESPESAS PÚBLICAS. AUSÊNCIA DE POLÍTICAS NACIONAIS DE TESTAGEM E DE COMUNICAÇÃO COM A POPULAÇÃO. OUTRAS CONSIDERAÇÕES. RECOMENDAÇÃO. DETERMINAÇÃO. CIÊNCIA.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator em:

9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação:

9.1.1. 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 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)** :

9.1.1.1. informar as medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e pela população geral;

9.1.1.2. 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

9.1.1.3. disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos diversos meios de comunicação;

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;

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

9.1.3. nos termos do art. 16, inciso VI, da Lei 8.080/1990, **elabore 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;**

9.1.4. nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilize em *site* específico as informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal;

9.1.5. dê publicidade por meio digital dos entes subnacionais que não tenham disponibilizado tempestivamente os dados de execução de despesas em saúde por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (art. 39 da Lei Complementar 141/2012) , bem como dê ciência do fato aos conselhos de

saúde responsáveis por fiscalizar os referidos entes, por força do art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990;

9.1.6. **instrua todos os processos de aquisição de insumos estratégicos para saúde no Sistema Eletrônico de Informações SEI/MS**, conforme exigido pela Portaria GM/MS 900/2017;

9.2. determinar à Fundação Oswaldo Cruz, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação:

9.2.1. nos termos do art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, disponibilize em **site** específico as **informações pertinentes a todas as aquisições ou contratações realizadas com base nessa norma legal, inclusive o contrato de Encomenda Tecnológica firmado com o Laboratório AstraZeneca**;

9.3. recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que,:

9.3.1. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, 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 inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, no art. 35 da Lei 8.080/1990 e no art. 17 da Lei Complementar 141/2012**;

9.3.2. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, 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**, considerando diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011 e o disposto no art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017;

9.3.3. no prazo de trinta dias contados da ciência desta deliberação, envide esforços junto aos Conselhos de Saúde responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente, conforme art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/199, para destacar a importância de se efetuar o devido registro no sistema e-SUS VE/Notifica, dando a necessária publicidade à identificação dos entes subnacionais que não o estejam fazendo;

9.3.4. no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação, **dê ampla transparência em seu site às iniciativas relativas à vacina da Covid-19 existentes no país, indicando, entre outras informações, qual o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e as tratativas para incorporação dos produtos no Programa Nacional de Imunizações**, nos termos dos arts. 3º e 4º da Lei 6.259/1975 e da Lei 12.527/2011;

9.3.5. no prazo de sessenta dias contados da ciência desta deliberação que **elabore em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, plano de ação com vistas a possibilitar que o sistema de registro eletrônico centralizado de que trata o art. 39 da Lei Complementar 141/2012 atenda ao disposto no art. 48, § 1º, incisos II e III, c/c o art. 48-A, incisos I e II, da Lei Complementar 101/2000**, de modo que, sem prejuízo das atuais funcionalidades, possibilite:

9.3.5.1. **disponibilização, em tempo real, de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde**;

9.3.5.2. no que tange às despesas, identificação do bem fornecido ou do serviço prestado, da pessoa física ou jurídica beneficiária do pagamento, com a identificação do respectivo número de Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, e, quando for o caso, do procedimento licitatório realizado;

9.3.5.3. no que tange às receitas, todos os lançamentos e recebimentos das unidades gestoras, inclusive referentes a recursos extraordinários.

9.4. recomendar à Fundação Oswaldo Cruz, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que, no prazo de quinze dias contados da ciência desta deliberação:

9.4.1. dê ampla publicidade à Encomenda Tecnológica celebrada com o Laboratório AstraZeneca, observando as diretrizes estabelecidas pelo art. 3º da Lei 12.527/2011;

9.5. dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 que:

9.5.1. os critérios de transferências de recursos para enfrentamento da pandemia de Covid-19, constantes do art. 2º da Portaria GM/MS 1.666/2020, não foram apresentados de modo a suficientemente indicar como foi feito o rateio de recursos entre os diversos entes subnacionais, o que impossibilita o controle social sobre as transferências e afronta as diretrizes constantes do art. 3º, incisos I, II, IV e V, da Lei 12.527/2011;

9.5.2. utilizar a incidência de Covid-19 como critério para transferência de recursos, com base em dados declarados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, pode incentivar a supernotificação do número de casos da doença, devendo, na medida do possível, serem confirmados os dados apresentados pelos entes subnacionais;

9.5.3. é necessário documentar e tornar públicas todas as alterações realizadas nas bases de dados relativas aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, de modo a dar efetividade aos princípios e diretrizes constantes do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

RELATÓRIO

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

3. Transcrevo, a seguir, o relatório da SecexSaúde:
[...]

1. *Este terceiro relatório novamente se debruçou sobre o tema governança, em razão da análise das manifestações do MS em relação às deliberações do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, proferido em razão do julgamento do segundo relatório, sobre as transferências a Estados, DF e Municípios, sobre as aplicações diretas de recursos pelo Ministério da Saúde, bem como sobre algumas das contratações realizadas pelo MS em razão da pandemia, selecionadas em razão da materialidade e relevância.*

2. *Foram igualmente avaliados os critérios para transferências de recursos para os entes federados, estabelecidos pela Portaria GM/MS 1.666/2020, e algumas das contratações realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), motivadas pela pandemia causada pelo novo coronavírus, selecionadas também em razão da materialidade e relevância.*

3. *De forma agregada, por meio de consulta ao Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde e por meio de consulta aos saldos bancários das contas correntes para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde, mantidas pelos entes subnacionais na Caixa Econômica Federal e no Banco do Brasil, foi possível fazer uma* ***avaliação quantitativa dos gastos dos entes federativos com saúde.***

4. *Em decorrência da assinatura do contrato de Encomenda Tecnológica para a produção no Brasil da vacina da Covid-19, em desenvolvimento pela Universidade de Oxford, em parceria com o Laboratório AstraZeneca, foi realizada uma análise do contrato, classificado como de acesso reservado pela Fiocruz, da utilização do instrumento de Encomenda Tecnológica e do papel do Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Imunizações e nas demais iniciativas em andamento para viabilizar o acesso da população brasileira a outras vacinas da Covid-19 em desenvolvimento.*

5. *Neste ciclo de acompanhamento, também foi realizada uma 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).*

6. *Novamente, a equipe do acompanhamento avaliou a transparência das contratações do Ministério da Saúde e avaliou, igualmente, a transparência dada pela Fiocruz às suas contratações, considerando as disposições da Lei 13.979/2020.*

7. *Por fim, a equipe analisou as informações encaminhadas pelo Ministério da Saúde, em relação a questionamentos acerca da estratégia de testagem de casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus, e, em atenção ao item 9.3 do Acórdão 2.092/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo, avaliou as ações do Ministério da Saúde para tornar públicas todas as alterações realizadas nas bases de dados relativas à Covid-19 nos Sistemas de Informação da Vigilância*

[...]

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

[...]

17. Tem-se que as evidências até o momento colhidas pela equipe do acompanhamento **não demonstram o cumprimento da determinação do subitem 9.1.1 do acórdão em tela, visto que nesse ciclo de fiscalização não foi constatado aprimoramento das atribuições desse comitê relacionadas ao escopo desta fiscalização. Não se verificou articulação do COE-nCoV com os Estados, DF e Municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para Covid-19 e para elaboração dos planos tático-operacionais.**

18. Em relação ao processo de requisição administrativa dos chamados kit intubação (objeto da seção V deste relatório), destaca-se que não houve registro formal de proposição do COE para a requisição dos medicamentos no processo administrativo da aquisição, instaurado pelo Ministério da Saúde (SEI/MS 25000.081981/2020-61), apesar da atribuição prevista, na alínea “c”, inciso V, da Portaria GM/MS 188/2020, de requisitar bens e serviços no contexto de combate à pandemia.

19. Em relação às aquisições planejadas, **não foram verificadas evidências ao longo do acompanhamento de articulação entre União e os demais entes federativos para a definição de um planejamento logístico integrado de insumos para saúde para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, contendo, pelo menos, listagem dos insumos a serem adquiridos, quantitativos e estados atendidos e previsão dos insumos e medicamentos de maior risco de desabastecimento,** apesar da resposta do Ministério da Saúde, ao item 9.2.2 do acórdão em tela – o qual solicitava informações sobre 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 –, segundo a qual a centralização da aquisição de alguns equipamentos ou insumos justificou-se pelo apoio do MS aos estados e municípios.

20. Ademais, sobre a estratégia de testagem na política de combate à pandemia, em atendimento ao Ofício de Requisição 9, de 4/8/2020, (peça 143), **o MS informou que, no cenário de resposta à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), por meio do programa “Diagnosticar para Cuidar”, desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), busca realizar 24 milhões de testes RT-qPCR (Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction) pela ação Confirma Covid, garantindo à população brasileira o acesso, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ao diagnóstico laboratorial da Covid-19** (peça 156, p. 5)

21. Nota-se que, nesses dois contextos – aquisições e política de testagem –, **não há informação de qualquer tipo de atuação do COE ou de planejamento ou pactuação com os entes federados para definição dos quantitativos estabelecidos para cada ente, não só no início da pandemia, momento de maior**

desconhecimento acerca de seus impactos e consequências, mas ao longo de toda a crise.

22. Nessa seara, convém destacar a competência de coordenação e fiscalização do SUS exercida pelo Ministério da Saúde, conforme estabelecida no seu regimento interno (inciso II, art. 1º, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019). Aliado a isso, cabe mencionar que o art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1990 estabelece que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

23. Apesar da falta de evidências da atuação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública na definição de estratégias para minimizar os efeitos da pandemia, tendo em vista que o Ministério da Saúde relatou a elaboração de portaria específica para, entre outros, alinhar as atribuições do COE-nCoV, propõe-se considerar “em cumprimento” a determinação constante do item 9.1.1 do Acórdão 1.888/2020–TCU–Plenário e ressaltar que a elaboração da nova portaria e a estratégia do Ministério da Saúde para o combate da pandemia continuarão a ser verificados no presente acompanhamento.

24. Para responder ao subitem 9.1.5 do Acórdão 1.888/2020–TCU–Plenário, relativo à elaboração dos planos tático-operacionais, o Ministério da Saúde apresentou os argumentos abaixo (peça 153, p. 8):

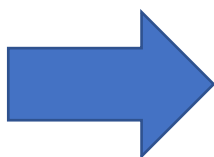
Entende-se que **até o momento, houve a necessidade de respostas imediatas às situações dos entes federados no enfrentamento à pandemia, não sendo, desta forma, possível elaborar Plano de Ação Tático Operacional.**

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.

Considerando 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.**

25. Tem-se que na data de criação do COE-nCoV, 3/2/2020, o Brasil encontrava-se no nível de resposta “alerta”, definido pelo Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus como a situação de risco elevado de introdução do Sars-Cov-2 no país sem a presença de casos suspeitos e, **naquele contexto, era esperado do COE que, em articulação com as demais áreas do MS, tivesse coordenado a elaboração dos planos de ação, a fim de organizar a utilização dos recursos humanos, materiais, e orçamentários, e, também, coordenasse a elaboração de um plano de comunicação, a fim de efetivar a implementação das ações descritas no Plano de Contingência Nacional com o objetivo de minimizar os efeitos da pandemia do novo coronavírus no território brasileiro.**

26. **Sem a definição de ações, prazos, responsáveis, atividades, procedimentos, etapas, estimativas de custo, sistemas informatizados, público alvo (elementos que deveriam constar de planos tático-operacionais), é inviável avaliar as diretrizes, a estratégia do Ministério da Saúde para conter a pandemia causada pelo novo coronavírus, a exemplo do que deveria ser feito, por quem, em**



quais prazos e situações, com quais objetivos e recursos.

27. Em relação à resposta apresentada pelo MS ao Acórdão 1.888/2020-Plenário, cabe esclarecer que **a necessidade de respostas imediatas aos entes federados no enfrentamento da pandemia não deve inviabilizar a elaboração de planos; ao reverso, o objetivo de um bom planejamento é otimizar a utilização de recursos, aprimorar a comunicação e processos, e, ainda, garantir melhor coordenação das atividades.**

Ademais, a otimização dos recursos humanos ajudará a resolver as situações abordadas no segundo trecho da resposta, no que concerne ao efetivo de pessoal e às adaptações ao trabalho remoto.

28. No segundo relatório do presente acompanhamento havia sido formulada proposta preliminar para que o Ministério da Saúde elaborasse planos de ação referentes a algumas das ações contidas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus. Contudo, em reunião realizada com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para apresentação das propostas preliminares do relatório, a equipe do acompanhamento foi informada que o MS havia elaborado os planos mencionados, somente não os havia formalizado por meio de portaria ou outro instrumento normativo, o que levou a equipe a se abster de formular proposta de encaminhamento relativa ao assunto, tendo registrado que solicitaria a apresentação dos planos elaborados e avaliaria seu conteúdo nas próximas fases do acompanhamento (peça 86, p. 10).

29. O Ministro Relator, à vista da informação de que os planos haviam sido elaborados, mas não formalizados, julgou pertinente que o Tribunal determinasse o envio deles, inclusive, para fins de acompanhamento futuro (peça 91).

30. Todavia, **o que a resposta do Ministério da Saúde evidencia é que os planos de ação não haviam sido elaborados, sendo possível afirmar que a Pasta não possuía uma estratégia minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia.**

[...]

36. 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 da 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.

37. Apesar da determinação dirigida ao Ministério, não foram verificadas adaptações na estratégia de comunicação para fornecer informações epidemiológicas de prevenção e controle da doença a fim de direcionar o comportamento da população à estratégia do Ministério para mitigar os efeitos da pandemia do novo coronavírus no Brasil.

38. A deliberação dirigida ao Ministério determinou o ajuste na estratégia de comunicação, segundo as diretrizes do Decreto 9.203/2017, os princípios da publicidade e transparência pública e as melhores práticas internacionais a respeito do assunto. Contudo, em que pese a existência dessas diretrizes e das experiências internacionais, não há um critério legal definindo como deve ser feita a estratégia de comunicação e não cabe ao TCU restringir a discricionariedade do gestor quanto à escolha dos meios para correção de situação.

39. Não obstante as justificativas apresentadas pelo MS quanto à determinação, a equipe fez considerações que devem ser objeto de avaliação da pasta ministerial

e, desta forma, será mantido o acompanhamento da estratégia de comunicação do Ministério da Saúde, com o fito de avaliar a utilização de meios de comunicação que atinjam o maior número de pessoas possível e o direcionamento do comportamento da população à redução da taxa de contaminação pelo novo coronavírus, em consonância com a determinação do item 9.1.2 do Acórdão 1.888/2020–TCU–Plenário.

[...]

III. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

[...]

47. 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 atualizada de aproximadamente R\$ 49,56 bilhões, dos quais R\$ 43,74 bilhões alocados ao Ministério da Saúde, de acordo com consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) por meio do sistema Tesouro Gerencial.

48. Dessa forma, partindo-se da premissa que os gastos federais de competência do Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas - incluindo as transferências fundo a fundo para os entes subnacionais - estão sendo realizados totalmente por meio da referida ação 21C0, o orçamento alocado a essa pasta alcança, até o momento, um montante de R\$ 43,74 bilhões.

[...]

53. Observa-se, em relação ao ciclo de acompanhamento precedente, cuja consolidação dos dados foi realizada em 25/6/2020, relevante incremento das dotações destinadas aos fundos municipais de saúde (41) e a diminuição das dotações para aplicação direta (90) e para os fundos estaduais de saúde (31), indicando o remanejamento das dotações entre essas modalidades de aplicação.

[...]

58. Em relação aos ciclos anteriores, não se verificam mais novos empenhos de alta materialidade para a aquisição de insumos e equipamentos como ocorrido na fase inicial da pandemia. Neste momento, observa-se o incremento de empenhos para pagamento de pessoal no caso do Programa Médicos pelo Brasil e para pagamentos a residentes na área de saúde, correspondendo a três dos dez maiores empenhos emitidos pelo Ministério da Saúde na modalidade de aplicação direta (90).

[...]

64. Em termos absolutos, observa-se expressivo incremento no valor repassado aos municípios, que variou de R\$ 5,71 bilhões para R\$ 19,56 bilhões no período considerado.

[...]

Análise

78. A partir das consultas realizadas, 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.

79. Entretanto, importa 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.



80. O orçamento deve expressar e materializar um planejamento e a ele deve estar associado. Esse planejamento deve detalhar o caminho a ser percorrido para o alcance de um objetivo. No presente caso, o orçamento do Ministério da Saúde previsto e detalhado na ação 21C0 deveria refletir a estratégia adotada pela pasta para o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus. O conhecimento de tal estratégia e dos respectivos planos deveria evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto.



81. 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.



82. Em tese, as medidas provisórias que abriram os créditos extraordinários da referida ação 21C0 poderiam fornecer informações acerca da referida estratégia e das ações a serem executadas com os correspondentes custos estimados, servindo de critério para a atividade de controle. Ocorre que as exposições de motivos das MPs em questão apresentam um alto nível de agregação e generalidade das informações que não possibilitam a sua utilização como critério adequado de comparação. Seria desejável o desdobramento das ações e o seu detalhamento.



83. Nova tentativa nesse sentido foi realizada por meio da diligência determinada no item 9.2 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário, no entanto, observa-se, uma vez mais, a insuficiência das informações prestadas pelo Ministério da Saúde. As respostas foram apresentadas de forma agregada e, apesar de informarem parcialmente o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, não apresentam os desdobramentos em planos estratégicos e operacionais ou documentos afins. Por esses motivos, ainda não é possível evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto.

84. Para uma avaliação adequada da execução orçamentária, que não ficasse limitada ao mero percentual, a equipe de fiscalização poderia avaliar o desenvolvimento das ações do Ministério até o momento e confrontá-lo com a estratégia estabelecida. Como exemplo, poderia comparar o que foi comprado diretamente pelo Ministério com o plano de aquisições estabelecido em termos de prazos e quantitativos. Como não houve disponibilização de tais documentos, torna-se inviabilizada a tarefa de avaliar o grau de execução, eficácia ou eficiência das aquisições realizadas sob o aspecto global, sendo possível apenas as avaliações de processos específicos.



85. No mesmo sentido, **não é possível uma análise acurada da execução das transferências intergovernamentais, dado o caráter de generalidade das respostas do Ministério acerca da lógica de financiamento dos entes subnacionais.**



86. Admite-se que, **em um primeiro momento, o cenário era de imprevisibilidade, o que impossibilitava a definição cirúrgica 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.**

87. A título de comparação, **a Fiocruz, sob as mesmas condições inerentes à presente crise de saúde, desenvolveu plano estratégico específico para o enfrentamento da pandemia no qual resta demonstrado o caminho a ser percorrido pela entidade, inclusive com a previsão, em documento relacionado ao plano estratégico, das ações a serem realizadas e os custos correspondentes com a devida alocação do orçamento para o desenvolvimento** (peça 150, p. 43).

88. Conclui-se, portanto, que a questão da baixa execução orçamentária resta superada, com a **ressalva acerca da dificuldade da evidenciação e análise da estratégia do Ministério da Saúde quanto às ações de combate à pandemia causada pelo novo coronavírus.**

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

91. A Portaria GM/MS 1.666/2020, em seu art. 2º, 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 estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o Tribunal de Contas da União em 2019 (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.



92. Não obstante, **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.

93. De igual modo, não foram explicitadas algumas questões sensíveis, pois não foi informado, por exemplo, se o piso da atenção básica contempla recursos transferidos a agentes comunitários de saúde, se a produção de média e alta complexidade contempla a produção informada por instituições privadas sem fins lucrativos vinculadas a estados ou municípios, bem como por qual forma foram obtidos os dados da taxa de incidência de Covid-19 nas diferentes unidades federadas.

94. Na prática, esse déficit na publicidade de critérios impede o controle social sobre as transferências, pois é impossível a um cidadão comum replicar os cálculos realizados pelo Ministério da Saúde, o que por si só ofende as diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011, bem como permite que sejam ventiladas teses de que os valores transferidos pelo Ministério da Saúde não estejam pautados exclusivamente por critérios técnicos, a exemplo de uma possível conveniência política.

95. Nesse contexto, por meio dos Ofícios de Requisição 9 e 13 (peças 143 e 148), foram solicitadas diversas informações ao MS, de forma a possibilitar a emissão de uma opinião acerca dos critérios constantes da Portaria GM/MS 1.666/2020.

96. No que tange às transferências à gestão municipal, a pasta informou ter sido 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, em conformidade com os registros nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH), 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).

[...]

100. No que concerne aos valores transferidos para a gestão estadual, o Ministério da Saúde informou ter aceitado uma proposta de rateio sugerida pelo Conass, em que 31,1% dos recursos seriam distribuídos com base no critério populacional, 24% dos recursos distribuídos 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, de acordo com dados informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

[...]

104. Sem prejuízo, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, propõe-se que o Tribunal dê ciência ao Ministério da Saúde de que os critérios de transferências de recursos para enfrentamento da pandemia de Covid-19, constantes do art. 2º da Portaria GM/MS 1.666/2020, não foram apresentados de modo a suficientemente indicar como foi feito o rateio de recursos entre os diversos entes subnacionais, o que impossibilita o controle social sobre as transferências e afronta as

diretrizes constantes do art. 3º, incisos I, II, IV e V, da Lei 12.527/2011.

[...]

109. Nesse contexto, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, considerando o item 9.3.9 do Acórdão 2.026/2020-TCU-Plenário, propõe-se dar ciência ao Ministério da Saúde de que utilizar a incidência da Covid-19 como critério para transferência de recursos, com base em dados declarados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, pode incentivar a supernotificação do número de casos da doença, havendo a necessidade de validação, pelos gestores federais, dos dados informados.

110. É importante destacar que parte relevante dos recursos destinados aos entes subnacionais, para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, cerca de R\$ 2 bilhões, foram destinados por meio de emendas parlamentares, as quais não seguem os critérios definidos pela Portaria GM/MS 1.666/2020.

[...]

111. Considerando-se dados agregados dos Estados e de todos os Municípios em seu território e do DF, em termos per capita, verifica-se, por exemplo, que o Amapá recebeu R\$ 173,63 por habitante, valor mais que quatro vezes superior ao que o previsto na Portaria 1.666/2020 (R\$ 40,60 per capita), ao passo que no Maranhão essa mesma proporção foi de apenas 1,08 vez (R\$ 95,45 previstos no normativo frente a R\$ 102,42 pagos até aquela data).

112. Existem alguns fatores que podem explicar essas diferenças, como as transferências realizadas anteriormente à Portaria GM/MS 1.666/2020 e a não execução integral dos recursos aprovados. Não obstante, as emendas parlamentares tiveram grande impacto nesse resultado e devem ser mais bem analisadas.

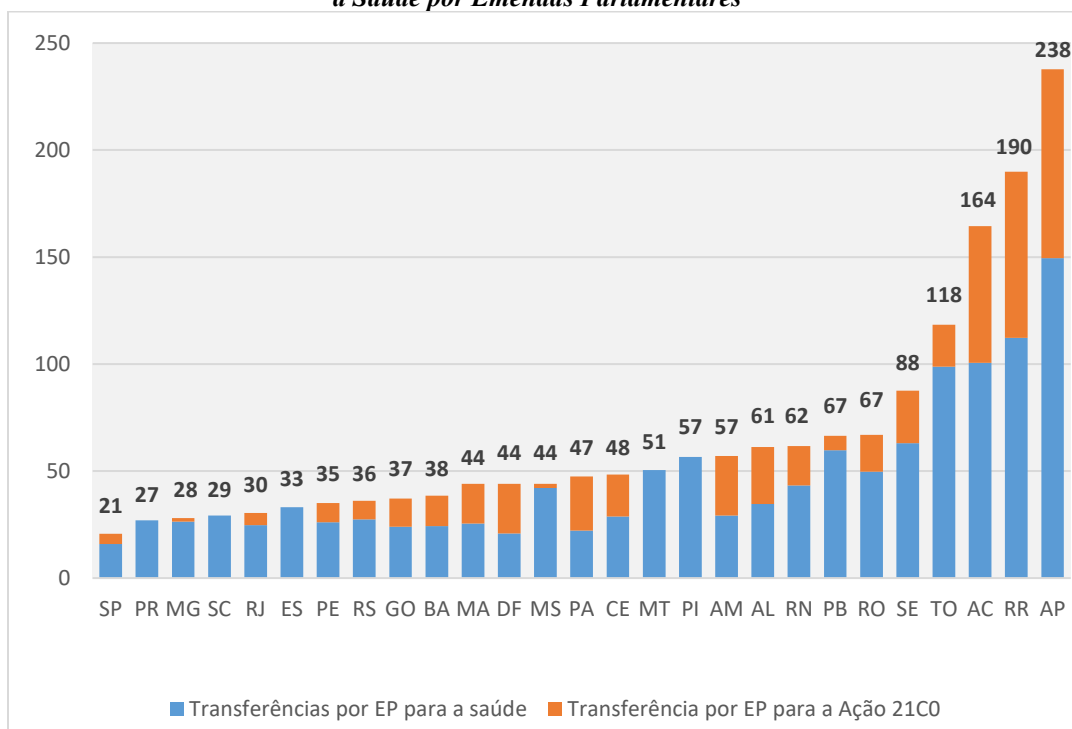
113. Tem-se que os recursos de tais emendas possuem a mesma classificação contábil das transferências ordinárias feitas pelo Ministério da Saúde. A partir de dados oriundos do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) do Ministério da Economia, observa-se que até 10/9/2020 as emendas parlamentares para o Ministério da Saúde (órgão 36000) nas modalidades de aplicação 30, 31, 40 e 41 (transferências a Estados, DF e Municípios), perfizeram aproximadamente R\$ 12,5 bilhões, sendo cerca de R\$ 8 bilhões com localizador específico para determinada unidade da federação e a quase totalidade destes recursos (98,4%) transferidos por meio de transferências fundo a fundo.

114. Neste ponto, cabe esclarecer que foram extraídos dados de emendas parlamentares gerais, não somente relativos à Covid-19, pela dificuldade de distinguir os recursos em termos finalísticos e por alguns Estados não terem recursos na ação 21C0.

115. Em termos per capita, considerando dados extraídos naquela data (10/9/2020), tais transferências tiveram uma variação bem grande entre as unidades federadas, oscilando entre R\$ 20,65 para São Paulo e R\$ 237,79 para o Amapá, com uma média de R\$ 65,25 e um desvio padrão de 52,78. 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.



Gráfico 3: Distribuição das Transferências Per Capita de Recursos Federais para a Saúde por Emendas Parlamentares



Foram consideradas apenas transferências com localizador específico para determinada UF

Fonte: SIOP e IBGE. Dados extraídos em 10/9/2020.

116. Filtrando-se exclusivamente as transferências para o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 (Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus), observa-se que **cinco estados não receberam recursos com o localizador específico (ES, MT, PI, PR e SC); outros receberam transferências mínimas frente à sua população, como Minas Gerais, que recebeu cerca de R\$ 1,61 per capita, ao passo que o estado do Amapá recebeu R\$ 88,28 per capita.**

117. Apesar dessa situação, deve-se inicialmente considerar que as emendas parlamentares são instrumentos legítimos que, se bem utilizados, podem fortalecer a democracia e garantir os compromissos assumidos pelos parlamentares junto à população. Não obstante, é papel de todos os agentes públicos, inclusive parlamentares, zelar pelo atendimento da legislação pátria, notadamente o art. 35 da Lei 8.080/1990, o art. 17 da Lei Complementar 141/2012 e o inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

118. Tais dispositivos estabelecem – dentre outros critérios – **a necessidade de que as transferências aos entes subnacionais para ações e serviços públicos em saúde considerem as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial, além da capacidade de oferta de ações e serviços de saúde no respectivo ente e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, bem como a progressiva redução de disparidades regionais.**

[...]

122. **Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, recomendar ao Ministério da Saúde que avalie a conveniência e a oportunidade de 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 inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, no art. 35 da Lei 8.080/1990 e no art. 17 da Lei Complementar 141/2012.

123. Na reunião realizada com representantes do Ministério da Saúde para apresentar as propostas da equipe de fiscalização, o Secretário de Atenção Especializada ponderou que as emendas parlamentares estão na esfera de discricionariedade do gestor e que o Ministério da Saúde, no âmbito da sua área de atuação, desenvolveu critérios objetivos para descentralizar os recursos e ressaltou que seria **necessária a ampliação do uso do Sistema Integrado de Administração Financeira para acompanhar a execução dos recursos transferidos aos entes subnacionais e, inclusive, diferenciar a execução dos recursos descentralizados em razão da Covid-19, dos recursos do orçamento regular da saúde.**

[...]

129. **Desta forma, como uma forma de aumentar a transparência e o controle social da administração pública, considerando diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011 e o disposto no art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, propõe-se, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, 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.**

[...]

a) **DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

[...]

Insumos para testes

[...]

145. **A dúvida quanto ao quantitativo necessário de insumos para testes a ser adquirido pelo Ministério confirma o que a equipe do acompanhamento vem relatando sobre a falta de planejamento nas ações de enfrentamento à Covid-19, a ausência de articulação com os gestores estaduais e municipais e mais recentemente sobre a indefinição em relação à política de testagem** (tratada adiante na Seção XI).

[...]

149. Cabe ressaltar que, no documento que justifica a aquisição, há a informação de compra anterior de 100 mil swabs e de 60 mil tubos, pelo próprio Ministério da Saúde, e de 15 milhões de swabs e de 5 milhões de tubos, pela Fiocruz, mas não constam levantamentos sobre contratações semelhantes nos estados e municípios ou qualquer evidência de articulação com esses entes.

Kits Anestésicos

150. **Em relação às aquisições dos chamados kits anestésicos, o agravamento da pandemia do novo coronavírus e a situação de crescente aumento da necessidade de suporte ventilatório invasivo, intubação orotraqueal (IOT), implicou a elevação da demanda por medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, que são utilizados nesse processo, gerando, inicialmente, faltas pontuais em hospitais, e, posteriormente, desabastecimento por todo o Brasil, tanto na rede assistencial pública quanto na rede privada.**

151. **Diante da situação emergencial, o Conass solicitou apoio ao MS para garantir o abastecimento dos itens, enquanto o Conasems requereu ações urgentes do MS no sentido de intensificar a regulação de mercado e de realizar articulação com o setor farmacêutico para**

que os municípios pudessem ter acesso garantido e oferta regular e sustentada aos tratamentos. Ademais, o Conass e o Conasems passaram a informar ao MS o comprometimento dos estoques dos medicamentos acima citados.

152. 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, haja vista seu papel de coordenador e fiscalizador do SUS, consoante disposto no inciso II, art. 1º, Anexo I, do Decreto 9.795/2019.

[...]

163. Nesse sentido, mesmo com as estratégias implantadas pelo MS, **o cenário de desabastecimento não parece estar solucionado, sendo necessária a continuidade da atuação da pasta na coordenação das aquisições dos medicamentos dessa linha.**

[...]

170. Nesse contexto, entende-se que para uma boa governança e gestão de riscos das aquisições do Ministério da Saúde é necessário que se promovam medidas a fim de que as instruções dos processos de contratação dos insumos estratégicos para saúde sejam realizadas exclusivamente no Sistema Eletrônico de Informações SEI/MS, como disposto na Portaria GM/MS 900/2017.

171. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias, passe a **instruir todos os processos de aquisição de insumos estratégicos para saúde no Sistema Eletrônico de Informações SEI/MS**, conforme exigido pela Portaria GM/MS 900/2017, e que desabilite a funcionalidade de instrução de novos processos no Sistema SIN Processos, mantendo apenas funções de consulta, **de modo a impossibilitar a sua utilização paralela**, visando à obediência aos princípios mencionados no art. 2º da Lei 9.784/1999.

[...]

174. **Chama atenção a deficiência no planejamento das aquisições dos insumos estratégicos para a saúde e da política de testagem no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, bem evidenciado no processo de aquisição de reagentes analisado neste acompanhamento, pois, no início da sua instrução, o projeto básico previa a aquisição de 15 milhões de reagentes e 10 milhões restaram contratados. Na reunião de 2/10/2020, citada no início desta seção, integrante da Dinteg relatou que, conforme informações por ela recebidas, três milhões de reagentes talvez sejam suficientes para o abastecimento dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) das Secretarias Estaduais de Saúde.**

175. Apesar de **não se ter verificado, em nenhum dos processos de aquisição analisados, 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**, a equipe do acompanhamento, em 28/9/2020, encaminhou ao Secretário Executivo do MS o Ofício de Requisição 17 (peça 174)

solicitando agendamento de reunião com representantes do Centro para tratar, entre outros, dos seguintes assuntos: i) articulação do COE-nCoV com os gestores estaduais, distritais e municipais; ii) elaboração dos planos tático-operacionais; iii) plano de aquisições de medicamentos, insumos e equipamentos para a atuação na pandemia causada pelo novo coronavírus.

176. Impende, ainda, acrescentar que, quanto ao estabelecimento de estratégias de compras, **não foram observadas decisões diferenciadas por parte do MS para as aquisições dos insumos, serviço ou equipamentos direcionados ao combate da pandemia do coronavírus**, considerando a sua competência de coordenador e fiscalizador do SUS, consoante disposto no inciso II, art. 1º, Anexo I, do Decreto 9.795/2019.

177. Uma estratégia que poderia ter sido estabelecida para a contratação dos principais itens relacionados ao combate da pandemia, como respiradores e testes, é o Sistema de Registro de Preços Nacional, nos moldes do realizado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Nesse caso, a execução da ata por parte dos entes federativos poderia, eventualmente, ter sido utilizada como um dos critérios para a transferência dos recursos. Entretanto, não seria necessário vincular a execução da ata ao recurso transferido, a exemplo do que faz o FNDE. O ente estatal possui liberdade para contratar com recurso próprio, recurso transferido ou recurso proveniente de emenda parlamentar.

178. Conforme artigo do FNDE, premiado no Concurso Inovação na Gestão Pública Federal da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), a criação de um modelo centralizado de compras, planejado com o intuito de atender a todos os entes subnacionais possui as seguintes vantagens (<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/379/1/Registro%20de%20Pre%C3%A7os%20Nacional.pdf>):

- a) Padronização e adequação dos materiais: garantia de compra de bens com especificações adequadas;
- b) Redução dos preços: a compra centralizada pressiona os preços para baixo; evita disparidade dos preços de compra;
- c) Assistência técnica aos estados e municípios: desoneração da necessidade de realização de processos licitatórios e oferta de produtos adequados e de qualidade;
- d) Racionalidade processual: atendimento a todo o território nacional com um único procedimento licitatório;
- e) Controle de qualidade: os produtos passam por verificação em relação às normas estabelecidas no termo de referência e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);
- f) Transparência e publicidade: uma grande compra gera, automaticamente, o acompanhamento dos órgãos de controle, das empresas participantes e da mídia e, por isso, consequentemente, é alvo também do controle social.

179. Cabe aqui registrar **como boa prática a atuação do Conass e Conasems, que realizaram o rápido levantamento de dados do estoque e do consumo médio mensal dos medicamentos de intubação, sedação e anestésicos utilizados pelos estados e municípios e, ainda, realizaram o monitoramento dessas informações para a distribuição desses itens.**

VI. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES - FIOCRUZ

[...]

182. A Fiocruz elaborou plano estratégico para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, publicado em junho de 2020, no qual apresenta a sua tentativa “em organizar estrategicamente e comunicar de forma clara e concisa, os esforços institucionais, para o enfrentamento da pandemia por COVID-19” (peça 150, p. 15).

183. O plano expressa a estratégia da entidade por meio de compromissos com a sociedade que representam a sua dimensão executiva e detalham os objetivos a serem perseguidos para que se alcancem os resultados para a sociedade e deixem um legado para ações futuras, sendo essas as três dimensões centrais do plano.

[...]

VII. DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 PELOS ENTES FEDERADOS

[...]

225. 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, nem todos os entes subnacionais possuem rubricas que identifiquem os recursos destinados ao combate à pandemia da Covid-19, além de possuírem flexibilidade na aplicação dos recursos.

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

227. Nos âmbitos estadual e municipal, conforme alterações originalmente implementadas pela Portaria GM/MS 3.992/2017, é permitido aos gestores remanejarem os recursos entre os grupos de identificação das transferências em conta corrente específica do respectivo Bloco, desde que ao final do exercício seja demonstrada a vinculação aos programas de trabalho do orçamento federal da União. Essa dinâmica dificulta o rastreamento dos recursos do programa de trabalho previsto pelo governo federal.

228. 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 do PT 10.122.5018.21C0.6500 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.

229. Assim, não obstante seja recomendável que os recursos do PT 10.122.5018.21C0.6500 sejam 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, em especial considerando a magnitude da pandemia dentro do sistema público de saúde brasileiro e as suas potenciais consequências sobre outras áreas de atenção à saúde.

[...]

237. No geral, constatou-se que os entes federados tiveram uma maior execução de despesas classificadas como de natureza corrente e que os municípios apresentaram maior execução orçamentária do que os estados (não foi possível avaliar a execução orçamentária do DF, devido à inexistência de dados registrados na data de extração). A relação entre

empenho e dotação atual ficou em aproximadamente 68,3% para municípios e 52,5% para estados.

238. **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.**

[...]

239. 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, questões logísticas, acesso a insumos estratégicos para combate à pandemia, capacidade de gestão, entre outros.

240. Ante à dificuldade de obtenção de dados da execução orçamentária dos recursos federais transferidos aos entes subnacionais, realizou-se uma extração dos valores que foram transferidos a Estados, DF 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.

241. Essa extração foi o modo encontrado de analisar a execução de todos os entes subnacionais. Não obstante, há de se considerar que o saldo dessas contas não necessariamente indica que o recurso esteja sem uma aplicação, pois existe a possibilidade de que os saldos já estejam comprometidos com ações e serviços públicos com saúde, mas com as despesas em processo de execução (empenho/liquidação).

[...]

244. 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, o que indica que remanesciam nas contas cerca de 31,2% do total de recursos recebidos do orçamento geral e para combate à pandemia.**

Em termos absolutos, esses saldos remanescentes eram maiores do que as próprias transferências que os entes subnacionais receberam para a pandemia de Covid-19 (PT 10.122.5018.21C0.6500), de aproximadamente R\$ 19,4 bilhões.

[...]

248. 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, as duas UFs com maiores taxas de mortes por 1.000 habitantes naquela data (Roraima e Ceará) apresentaram tendências completamente opostas a essa expectativa, o que pode indicar que outras ações podem ser mais efetivas para o controle da pandemia do que a mera transferência/execução de recursos.

[...]

VIII. VACINA

[...]

Ministério da Saúde

328. **O MS designou a Fiocruz como o laboratório público nacional para a absorção da tecnologia e a produção local da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford. Em que pese essa designação, o órgão ministerial mantém**

o seu papel de formulador de políticas e articulador no âmbito do Programa Nacional de Imunizações.

329. Em reunião realizada no dia 21/8/2020, o MS foi questionado quanto à articulação com os Governos dos Estados de São Paulo e do Paraná, que anunciaram parcerias com outros laboratórios para a produção de vacina.

330. O MS declarou que tem articulado com outros laboratórios e com os Estados que firmaram parcerias com outros laboratórios para fornecimento de vacina para a Covid-19 e que estavam sendo estudadas formas de apoio a essas parcerias, além da possibilidade de inclusão dessas vacinas no PNI, no caso de sucesso no desenvolvimento dos produtos.

331. Deve-se registrar que, em 23/9/2020, o Governador do Estado de São Paulo anunciou que o Ministério da Saúde liberou R\$ 80 milhões para o Instituto Butantan, os quais serão destinados à ampliação da fábrica do Instituto para produção da vacina da Covid-19, objeto da parceria do governo do Estado.

332. Registre-se ainda que, em 24/9/2020, foi assinada a Medida Provisória 1.003/2020, que autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - Covax Facility, administrado pela Aliança Gavi (Gavi Alliance), com a finalidade de adquirir vacinas contra a Covid-19.

333. Conforme art. 2º, § 2º, da MP, a adesão ao Instrumento Covax Facility não implica a obrigatoriedade da aquisição das vacinas, que dependerá de análise técnica e financeira para cada caso, observadas as regras de reembolso dos valores aportados previstas no acordo de compromisso, na modalidade de acordo de compra opcional.

[...]

336. Em razão do apoio à parceria celebrada pelo Governo do Estado de São Paulo e da autorização para adesão ao Instrumento Covax Facility, a equipe do acompanhamento encaminhou ao Ministério o Ofício de Requisição 16/2020 de 28/9/2020, solicitando informações relativas aos processos administrativos concernentes.

337. O Ministério foi igualmente questionado quanto ao mapeamento das ações, prazos e responsáveis por cada atividade necessária para análise do pedido de incorporação da vacina pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e para registro do preço junto à CMED.

338. O Ministério da Saúde afirmou que tem se reunido com a Anvisa e com a CMED e que os órgãos caminham no sentido de realizar análises paralelas, cada um no seu âmbito de atuação. Assim, tão logo seja obtido o registro da vacina na Anvisa, a CMED já analisaria a questão do preço e a Conitec já estaria pronta para pautar no plenário o pedido de incorporação da vacina no SUS, encaminhar para consulta pública e, posteriormente, o pedido retornaria para a Comissão finalizar os procedimentos para a incorporação. Representantes do Ministério destacaram que procedimento semelhante já foi utilizado com medicamento para hepatite.

339. O Ministério foi igualmente questionado quanto à articulação para mitigar a possibilidade de desabastecimento de insumos para a vacina e a Coordenação do Programa Nacional de Imunizações informou que foi realizada audiência pública com fornecedores nacionais que asseguraram poder fornecer o quantitativo necessário de agulhas e seringas, contudo não no prazo mencionado pelo Ministério, que seria o mês de dezembro.

[...]

341. A Coordenação do PNI informou que a realização de campanhas publicitárias é responsabilidade da Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro, cabendo à área técnica o fornecimento de informações técnicas às secretarias de saúde.

342. O Ministério também foi questionado quanto à logística necessária para a distribuição da vacina e a Coordenação do PNI

informou que já há uma rede criada para recebimento de vacinas: o laboratório produtor envia as vacinas para o almoxarifado central do Ministério da Saúde, que realiza a distribuição para os Estados pelas vias áreas e terrestres e os Estados realizam a distribuição para os Municípios, que vão abastecer as cerca de 37.000 salas de vacinação existentes.

343. A Coordenação destacou que o PNI está fazendo diagnóstico da rede de frio para verificar se está pronta para o recebimento da vacina, contudo, destacou que, desde 2012, têm sido feitos investimentos na rede de frio, que totalizam aproximadamente R\$ 166 milhões de reais. **Necessário esclarecer que, conforme Nota Técnica 6/2020-SCTIE/GAB/SCTIE/MS, há orientação de armazenamento da vacina em temperatura de -80°C.**

344. Por fim, o Ministério foi questionado quanto ao modelo de acompanhamento da execução dos contratos firmados entre a Fiocruz e o laboratório AstraZeneca, de forma a assegurar a transferência de tecnologia da produção da vacina da Covid-19 e do IFA. Representantes do Ministério afirmaram que foi identificada a necessidade de ações de medidas de mitigação de riscos no âmbito da Fiocruz, como definição de mecanismos de gestão de projetos e de estruturas de governança e que os contratos serão acompanhados a partir da identificação de pontos chaves, cujos marcos serão acompanhados.

345. O Ministério não foi questionado quanto à definição do público alvo para imunização, considerando que a equipe do acompanhamento teve acesso ao processo administrativo aberto no âmbito do Ministério da Saúde relativamente à Etec. No processo constam duas notas técnicas, segundo as quais a Coordenação-Geral do PNI realizou análise técnica para estimativa de necessidade de doses para uma eventual vacina para a Covid-19, considerando diferentes estratégias, pressupostos, cenários e fatores como características da vacina (efetividade, esquema de administração, número de doses, tipo de resposta imune), objetivo da estratégia empregada e percentual de perdas esperadas. Nesse contexto, o Ministério optou pelo atendimento inicial aos grupos prioritários de vacinação para Covid-19, realizada pelo PNI e disponível na Nota Técnica 6/2020-SCTIE/GAB/SCTIE/MS.

346. Os próximos ciclos desta fiscalização continuarão a se debruçar sobre as ações do Ministério da Saúde e da Fiocruz para viabilizar a transferência de tecnologia e a produção e disponibilização da vacina no território nacional, incluindo a divulgação do público alvo da vacina; ações para mitigar os riscos de desabastecimento de insumos necessários para a vacinação; e articulação com Estados que firmaram acordos com diferentes laboratórios para produção e disponibilização da vacina no país.

Transparência das iniciativas relativas à vacina da Covid-19

347. O contrato de encomenda tecnológica cita como um dos fundamentos normativos para sua celebração a Lei 13.979/2020. Como destacado na Seção X. Transparência deste relatório, as aquisições ou contratações realizadas com base na Lei 13.979/2020 devem ser disponibilizadas no prazo máximo de cinco dias úteis, contado da realização do ato, em site oficial específico na internet, contendo as informações exigidas pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020. Todavia, o contrato de Etec possui cláusulas protegidas pelo dever de confidencialidade entre as partes.

348. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, determinar à Fundação Oswaldo Cruz que, no prazo de quinze dias, informe em site específico as informações exigidas pelo art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, relativamente ao contrato de Encomenda Tecnológica firmado com o Laboratório AstraZeneca para o fornecimento de Insumo Farmacêutico Ativo para a produção de 100 milhões de doses de vacinas para a Covid-19 e transferência de tecnologia da produção da vacina acabada, naquilo que não violar as obrigações de confidencialidade estipuladas pelas partes.

[...]

354. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, determinar à Fiocruz que, no prazo de quinze dias, observando as diretrizes estabelecidas pelo art. 3º da Lei 12.527/2011, as boas práticas apontadas

pelo documento “Encomenda Tecnológica - Projeto de Contratação de Inovação para a Administração Pública”, produzido pelo TCU, e o exemplo da Agência Espacial Brasileira, dê ampla publicidade à Encomenda Tecnológica celebrada com o Laboratório AstraZeneca e com o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos.

355. A transparência de iniciativas relativas à vacina da Covid-19, contudo, não pode ficar restrita à divulgação de documentos preliminares e de instrumentos contratuais.

Diversas iniciativas para a produção e fornecimento de vacinas no Brasil têm sido divulgadas ou, no mínimo, especuladas e não são observadas iniciativas do Ministério da Saúde para esclarecer a população em relação a: o que são essas iniciativas e qual a probabilidade dos seus produtos serem oferecidos à população brasileira; quais as incertezas envolvidas em cada iniciativa; quando será possível afirmar, com segurança, quando serão aplicadas as primeiras doses de vacina; quando será possível definir, com razoável grau de segurança, o público alvo e de quais localidades receberão as primeiras doses de vacina; o que é necessário para aprovar uma vacina no país e poder fornecê-la à população; qual o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e no Programa Nacional de Imunização.

356. Em consulta ao portal do Ministério da Saúde, na data de 30/9/2020, é possível verificar que na página inicial há link para a notícia “Ministério da Saúde adere a esforço internacional por vacinas contra a Covid-19”, segundo a qual o Ministério aderiu ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility), o qual é uma ação internacional coordenada prioritariamente pela Aliança Gavi, com o objetivo de promover a produção e o acesso global a um imunizante contra a Covid-19. Caberá à Gavi negociar com os laboratórios fabricantes valores e prazos de entrega.

357. A notícia não esclarece o que é Aliança Gavi, com quais laboratórios a Gavi irá negociar, as doses a serem fornecidas por cada laboratório, quantos e quais países já aderiram à iniciativa, se há países com prioridade no recebimento das doses e estimativas de quantidades.

358. A nota menciona ainda que o Governo Federal investirá R\$ 2,5 bilhões para aderir ao instrumento, enquanto a Exposição de Motivos da Medida Provisória 1.004/2020, documento que não é de leitura corrente pela maioria da população brasileira, detalha que se estima o pagamento inicial de R\$ 711,6 milhões, a garantia de compartilhamento de riscos de R\$ 91,8 milhões e o pagamento adicional de R\$ 1,7 bilhão para acesso às doses de vacina, sem também esclarecer a que, exatamente, se refere cada um desses valores.

359. Segundo a Exposição de Motivos, ainda, esses montantes consideram o fornecimento de vacinas para até 10% da população brasileira, proporção que considera a existência de outras estratégias de acesso a vacinas em andamento.

360. No portal do Ministério da Saúde, não foram encontradas informações acerca do fornecimento da vacina por meio da Fundação Oswaldo Cruz ou por meio das iniciativas, já anunciadas,

dos governos dos Estados de São Paulo, Paraná e Bahia, pois, embora as iniciativas sejam dos governos estaduais, cabe ao Ministério da Saúde a elaboração e a coordenação do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório (arts. 3º e 4º da Lei 6.259/1975).

361. Como já destacado neste relatório, os órgãos públicos, na divulgação de informações, devem observar, entre outras diretrizes, a publicidade como regra geral e o sigilo como exceção e divulgar informações de interesse público, independentemente de solicitações. O acesso à informação compreende o direito de obter informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços, e de informação relativa à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos (art. 7º da Lei 12.527/2011).

362. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, determinar ao Ministério da Saúde, considerando seu papel de coordenador do Programa Nacional de Imunizações, definido pelos arts. 3º e 4º da Lei 6.259/1975, em articulação com a Fundação Oswaldo Cruz, que, no prazo de quinze dias, observando as disposições da Lei 12.527/2011, dê ampla transparência em seu site às iniciativas relativas à vacina da Covid-19 existentes no país, indicando, entre outras informações, qual o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e as tratativas para incorporação dos produtos no PNI.

363. As propostas de determinação desta seção foram apresentadas aos gestores da Fiocruz e do Ministério da Saúde que não formularam objeções quanto ao seu atendimento.

IX. NOTIFICAÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 PELOS ENTES FEDERADOS

[...]

370. Nesse contexto, o presente relatório buscou avaliar, a partir da análise de dados, a notificação de casos de Covid-19 pelos entes subnacionais, considerando dados do sistema de notificação compulsória e os casos reportados diretamente pelas Secretarias de Saúde dos entes federados.

371. Para tal, comparou-se a quantidade de casos confirmados de Covid-19 informados pelas Secretarias de Saúde com os registros do sistema e-SUS VE/Notifica, extraídos do portal Open Datasus, que possuem o campo “resultado Teste” com valor positivo, por unidade da federação (casos subsistema e-Sus/casos Secretarias de Saúde). É de se esperar que a razão entre essas duas variáveis seja 1 (100%), hipótese em que todos os casos informados pela respectiva Secretaria de Saúde teriam sido registrados no sistema nacional de vigilância.

372. 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, possíveis duplicidades de registros no e-SUS VE/Notifica, bem como situações residuais em que a notificação pode ter se dado fora do domicílio de residência do infectado.

373. 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% e outras cinco UFs apresentaram os respectivos índices superiores a 110%. 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).

[...]

376. Apesar dessas situações, entende-se que um efetivo sistema de vigilância em saúde poderia, com baixos custos, em muito contribuir

para o enfrentamento da pandemia. Um legado positivo que o Sars-CoV-2 pode deixar é justamente o fortalecimento de um sistema nacional de vigilância – o que depende não só do governo federal, mas também de gestores estaduais, distritais e municipais, bem como de responsáveis por estabelecimentos privados.

377. Nesse contexto, é fundamental que o Ministério da Saúde exija dos entes subnacionais o registro obrigatório de casos confirmados de Covid-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços ao SUS (art. 8º-A da Portaria GM/MS 356/2020).

378. Todavia, apesar da relevância do registro de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção da Covid-19, seria temerário exigir, neste momento em que o país ainda registra uma elevada quantidade de pessoas contaminadas pelo novo coronavírus, o que demanda uma grande dedicação dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos na administração dos estabelecimentos de saúde, uma conduta mais incisiva do MS de forma a exigir dos estabelecimentos o registro tempestivo de todos os resultados dos testes.

379. Desta forma, **faz-se necessário que o Ministério da Saúde se articule, junto com os conselhos de saúde, responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente (art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990), para mitigar subnotificações de registros no sistema e-SUS VE/Notifica, bem como para dar ampla publicidade da relação dos entes que não estejam alimentando o sistema de vigilância, com vistas a fomentar o controle social, de acordo com a diretriz estabelecida no art. 3º, inciso V, da Lei 12.527/2011.**

380. Logo, propõe-se, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, recomendar ao Ministério da Saúde que dê ampla publicidade, inclusive por meios digitais, do nome dos entes subnacionais que não estejam notificando no sistema e-SUS VE/Notifica, ou outro que venha a substituí-lo, os casos confirmados de Covid-19 diagnosticados em seu território com base em dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde no portal covid.saude.gov.br, bem como dê ciência desse fato aos Conselhos de Saúde responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente, conforme art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990.

[...]

X. TRANSPARÊNCIA

Transparência das contratações do Ministério da Saúde

[...]

392. Em nova consulta às informações disponibilizadas por meio do link <https://www.saude.gov.br/contratos-coronavirus>, em 29/9/2020, verificou-se que o Ministério da Saúde não inseriu as novas informações exigidas pela Lei 14.035/2020 e mantém a divulgação somente das seguintes informações: valor total, número e prazo de vigência do contrato, nome e CNPJ do contratante e número do processo de contratação.

393. Deve-se destacar que, enquanto a Lei 14.035/2020 exige a disponibilização do extrato do contrato, o Ministério da Saúde disponibiliza todo o contrato.

394. Verificou-se ainda que o Ministério da Saúde não disponibilizou nenhuma informação exigida pela Lei 13.979/2020 relativamente a alguns contratos, entre eles, os Contratos 19/2020 e 20/2020, relativos à contratação de serviço de atendimento pré-clínico (Processo SEI 25000.035465/2020-64) e à contratação de prestação de serviços para realização de ligações automatizadas (Processo SEI 25000.039379/2020-21).

395. Tampouco verificou-se a disponibilização das informações legalmente exigidas quanto aos contratos firmados para aquisição dos chamados kits anestésicos – por meio do processo de requisição administrativa e por meio de importação de laboratórios localizados no Uruguai (“operação Uruguai”) – e quanto aos contratos firmados com a Organização Pan-Americana de Saúde, tendo como objeto, por exemplo, a aquisição de kits de intubação e de testes para detecção de Covid-19.

[...]

400. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, **determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de trinta dias, informe em site específico todas as aquisições ou contratações realizadas com base na Lei 13.979/2020, acompanhadas das informações exigidas pelo art. 4º, § 2º, incisos I a V, do diploma legal, inclusive para os Contratos 19/2020, 20/2020, para os contratos firmados para aquisição dos chamados kits anestésicos – por meio do processo de requisição administrativa e por meio de importação de laboratórios localizados no Uruguai (“operação Uruguai”) – e quanto aos contratos firmados com a Organização Pan-Americana de Saúde, tendo como objeto, por exemplo, a aquisição de kits de intubação e de testes para detecção de Covid-19.**

401. Registre-se que os gestores do Ministério da Saúde, na reunião realizada para apresentação das propostas, não apresentaram objeções à determinação e somente solicitaram a extensão do prazo inicialmente previsto para cumprimento da determinação, de quinze para trinta dias, como constou na proposta formulada no parágrafo anterior.

Transparência das Contratações da Fiocruz

[...]

408. Ante o exposto, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, **determinar à Fundação Oswaldo Cruz que, no prazo de quinze dias, informe em site específico todas as aquisições ou contratações realizadas com base na Lei 13.979/2020, acompanhadas das informações exigidas pelo art. 4º, § 2º, incisos I a V, do diploma legal citado.**

[...]

Registro da execução de despesas pelos entes subnacionais no Siops

418. Na extração de dados para acompanhamento da execução das despesas relativas à Covid-19 pelos entes subnacionais, **verificou-se a falta de registro das informações obrigatórias no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, desenvolvido para ser um instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.**

[...]

429. Nesse sentido, propõe-se, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, **determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de trinta dias dê ampla publicidade, inclusive por meios digitais, do nome dos entes subnacionais que não tenham disponibilizado tempestivamente os dados de execução de despesas em saúde, referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, bem como dê ciência aos Conselhos de Saúde responsáveis por fiscalizar os referidos entes, por força do art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990, e aos respectivos Tribunais de Contas e ao Ministério Público, em atenção às disposições dos arts. 39, § 2º, da Lei Complementar 141/2012, arts. 12, 15 e 23 da Portaria GM/MS 53/2013.**

430. Registre-se que os gestores do Ministério da Saúde, na reunião realizada para apresentação das propostas, não apresentaram objeções ao cumprimento da determinação.

431. O Siops apresenta, contudo, um grande atraso na divulgação de dados, em decorrência de a sua alimentação ocorrer em caráter periódico. Embora esse atraso seja compreensível, não é desejável, pois impossibilita acompanhamento em tempo real das despesas, com informações qualificadas sobre o destino dos recursos. Na prática, **a sistemática de alimentação periódica do sistema dificulta o rastreamento dos recursos transferidos pelo Governo Federal para ações e serviços públicos de saúde, bem como o acompanhamento das**

políticas públicas, além de dificultar o combate à corrupção e o controle social.

432. Tal situação ofende ao disposto no art. 48, § 1º, inciso II, da Lei Complementar 101/2000 (com redação dada pela Lei Complementar nº 156, de 2016), que estabelece que a transparência será assegurada pelo acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público. Com o atual desenvolvimento das ferramentas de tecnologia da informação é de se esperar que os órgãos e entidades da administração pública façam registros simultâneos da execução dos seus orçamentos.

433. **A pandemia de Covid-19 trouxe à tona a falta de transparência das aquisições dos entes subnacionais, em flagrante descumprimento aos referidos dispositivos. A falta de transparência, em muitos casos, pode ajudar a encobrir eventuais desvios na aplicação dos recursos, em um contexto de emergência de saúde pública, com elevados reflexos econômicos e sociais para o país.** Assim, torna-se imperativa a necessidade de atualizar o sistema de registro eletrônico centralizado que trata o art. 39 da Lei Complementar 141/2012, no sentido de atender ao arts. 48, inciso II e III, e 48-A da Lei Complementar 101/2000. Não obstante, como não é factível a implementação de medidas imediatas nesse sentido, propõe-se a elaboração de plano de ação, o qual deve ser responsabilidade do Ministério da Saúde, haja vista ser o ente responsável pela manutenção do sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos, nos termos do art. 39, caput, da Lei Complementar 141/2012. Sem prejuízo, é recomendável que haja participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, tendo em vista que o art. 14-B da Lei 8.080/1990 estabelece que são as entidades representativas dos entes subnacionais para tratar de matérias referentes à saúde.

434. Logo, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde, com base no art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, que elabore, no prazo de sessenta dias, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, plano de ação com vistas a possibilitar que o sistema de registro eletrônico centralizado de que trata o art. 39 da Lei Complementar 141/2012 atenda ao disposto no art. 48, § 1º, incisos II e III, c/c o art. 48-A, incisos I e II, da Lei Complementar 101/2000, de modo que, sem prejuízo das atuais funcionalidades, possibilite:

a) disponibilização, em tempo real, de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde;

b) no que tange às despesas, identificação do bem fornecido ou do serviço prestado, da pessoa física ou jurídica beneficiária do pagamento, com a identificação do respectivo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), e, quando for o caso, do procedimento licitatório realizado;

c) no que tange às receitas, todos os lançamentos e recebimentos das unidades gestoras, inclusive referente a recursos extraordinários.

[...]

XI. POLÍTICA DE TESTAGEM

[...]



461. 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.

462. Deve-se ainda destacar que o Ministério previu a realização de 24 milhões de testes RT-PCR até janeiro de 2021 e informou que a capacidade diária de testagem, incluindo os Lacens, é de 68.170 amostras por dia. Entretanto, com essa capacidade, seriam necessários 352 dias para a realização dos testes.

463. A avaliação da viabilidade do cumprimento da meta no prazo estipulado resta inviabilizada sem a apresentação de informações quanto à estimativa de ampliação da capacidade de testagem, por meio da parceria com laboratórios privados ou por meio da ampliação da capacidade dos laboratórios públicos. Por sua vez, a avaliação da política de testagem do Ministério também restou inviabilizada pela ausência de informações relativas ao planejamento, execução e acompanhamento das ações exigidas para cumprimento da política.

XII. DA DOCUMENTAÇÃO DAS BASES DE DADOS DOS SISTEMAS RELATIVOS À PANDEMIA DE COVID-19 (ITEM 9.3 DO ACÓRDÃO 2.092/2020-TCU-PLENÁRIO)

[...]

475. Nesse contexto, propõe-se dar ciência ao Ministério da Saúde, nos termos do art. 9º, inciso II, da Resolução TCU 315/2020, da necessidade de documentar e tornar públicas todas as alterações realizadas nas bases de dados relativas aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, de modo a dar efetividade aos princípios e diretrizes constantes do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

[...]

XIV. CONCLUSÃO

498. Este terceiro ciclo de acompanhamento das ações do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus constatou a deficiência do planejamento das ações da pasta no tocante ao tema.

499. Ainda na fase de elaboração do relatório referente ao segundo ciclo do acompanhamento, a equipe, a partir da análise do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus, verificou a necessidade de analisar os planos tático-operacionais, referente a alguma das ações constantes do Plano de Contingência, que desdobrassem as ações ali previstas, definindo ações, prazos, responsáveis, atividades, procedimentos, etapas, atores envolvidos, estimativas de custo, sistemas informatizados.



500. Após uma primeira informação de que os referidos planos haviam sido elaborados, contudo não haviam sido tornados públicos, o Ministério da Saúde informou que deu início à condução do processo de elaboração de Plano de Ação para os itens apontados no Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário e à revisão do Plano de Contingência (Seção II. Governança).

501. Como destacado no relatório, sem a definição dos elementos que deveriam constar de planos tático-operacionais é possível afirmar que o Ministério não possui uma estratégia minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia.

502. Essa falta de planejamento resta também evidenciada nas aquisições, nas descentralizações de recursos, na política de testagem e na atuação das estruturas de governança criadas para o combate à crise.

503. As respostas do Ministério da Saúde à diligência determinada no item 9.2 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário, relativa à lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde, bem como quanto à definição da estratégia de aquisições para o combate à Covid-19 (Seção III. Aspectos Orçamentários e Financeiros), apenas informaram superficialmente o que seria realizado, como a aquisição de equipamentos e testes, não tendo sido apresentados desdobramentos em planos estratégicos e operacionais ou documentos afins, não sendo possível evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto.

504. Admite-se que, em um primeiro momento, o cenário era de imprevisibilidade, o que impossibilitava a definição cirúrgica das ações a serem implementadas. No entanto, decorridos mais de oito meses da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188/2020, era de se esperar, a esta altura, 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.

505. Também em relação à estratégia de testagem dos casos suspeitos de Covid-19 (Seção XI. Política de Testagem), foram apresentadas informações genéricas, sem o detalhamento necessário que permita 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 mesmos, os critérios para distribuição e priorização de Estados e Municípios a serem atendidos.



506. Quanto às estruturas de combate à crise, nas avaliações dos processos de aquisição e na elaboração da política de testagem, **não há informação de qualquer tipo de atuação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, o mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.**

507. Ademais, em relação às instâncias interministeriais de combate à crise, muito embora o Ministério da Saúde tenha informado acerca da decisão de revogar o artigo do Decreto 10.277/2020 que determina a atuação coordenada do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 com o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, o Grupo Executivo é a instância competente para, entre outros: propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional.



508. Neste terceiro ciclo do acompanhamento foi possível verificar, outrossim, **que a dificuldade do acompanhamento dos gastos dos Estados, Distrito Federal e Municípios com a pandemia, decorre, entre outros fatores, de deficiências na alimentação de dados no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Seção VII. Da execução das despesas para o enfrentamento da covid-19 pelos entes federados), além da própria periodicidade estabelecida para inserção dos dados (Seção X. Transparência).**

509. Na prática, a sistemática de alimentação periódica do sistema dificulta o rastreamento dos recursos transferidos pelo Governo Federal para ações e serviços públicos de saúde, bem como o acompanhamento das políticas públicas, além de dificultar o combate à corrupção e o controle social, sendo necessário o estabelecimento de medidas para cumprimento do disposto no art. 48, § 1º, inciso II, da Lei Complementar 101/2000, que estabelece que a transparência será assegurada pelo acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público.

510. Constatou-se, outrossim, **a necessidade atuação mais incisiva do Ministério da Saúde de forma a divulgar a relação dos entes subnacionais que não estejam notificando no sistema e-SUS VE/Notifica os casos confirmados de Covid-19 diagnosticados em seu território, bem como de dar ciência desse fato aos Conselhos de Saúde responsáveis pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente** (Seção IX. Notificação de casos confirmados de covid-19 pelos entes federados). A ausência da inserção das informações no sistema de vigilância sanitária prejudica o planejamento e o acompanhamento das políticas do Ministério da Saúde, além de infringirem o direito fundamental de acesso à informação.



511. Este terceiro ciclo de acompanhamento, que se dedicou a analisar os critérios das transferências de recursos para Estados e Municípios definidos pela Portaria GM/MS 1.666/2020 (Seção IV. Dos critérios das transferências de recursos para os entes federados), constatou que esses, embora passíveis de críticas, mostram-se razoáveis e que, **as emendas parlamentares, apesar do seu caráter legítimo, podem provocar uma distorção nos recursos de financiamento da saúde, não somente para a Covid-19, caso não observem as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial, a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde no respectivo ente e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, bem como a progressiva redução de disparidades regionais,** como

determinado pelos arts. 35 da Lei 8.080/1990, 17 da Lei Complementar 141/2012 e 198, § 3º, inciso II, da Constituição Federal.

512. Com o intuito de aumentar a efetividade das políticas públicas de saúde, este relatório elaborou proposta de recomendação para que o Ministério da Saúde 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.

513. **Na análise das aquisições do Ministério da Saúde, além das deficiências no planejamento, a equipe constatou problemas na transparência dos processos de compra e no monitoramento e avaliação pelos controles interno e externo, em razão da utilização de diferentes sistemas eletrônicos para instrução e condução dos processos administrativos de contratações** (Seção V. Do acompanhamento das contratações do Ministério da Saúde).

[...]

519. Verificou-se, outrossim, a **necessidade de que o Ministério da Saúde dê transparência às diversas iniciativas em curso para viabilizar o acesso da população brasileira à vacina, indicando, inclusive, o papel do Ministério da Saúde em cada iniciativa e as tratativas para incorporação dos produtos no PNI.**

520. Os próximos ciclos desta fiscalização continuarão a se debruçar sobre as ações do Ministério da Saúde e da Fiocruz para **viabilizar a transferência de tecnologia e a produção e disponibilização da vacina no território nacional, incluindo a divulgação do público alvo da vacina; ações para mitigar os riscos de desabastecimento de insumos necessários para a vacinação; e articulação com Estados que firmaram acordos com diferentes laboratórios para produção e disponibilização da vacina no país.**

521. **Faz-se necessário, outrossim, em atenção à Lei 13.979/2020, aprimorar a disponibilização das informações concernentes às contratações da Fiocruz e do Ministério da Saúde (Seção X. Transparência).**

[...]

VOTO DO MINISTRO RELATOR BENJAMIN ZYMLER

[...]

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

[...]

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

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.**

[...]

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.**

[...]

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-ESPII), 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.**

[...]

31. Como, segundo informações do Ministério da Saúde, o GEI-ESPII 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.

[...]

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.**

[...]

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).

[...]

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.

[...]

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.**

[...]

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).

[...]

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.

[...]

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.**

[...]

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 entendendo 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):

[...]

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.

[...]

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.

[...]

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.

[...]

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 influído 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 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

[...]

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.

[...]

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.

[...]

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.

[...]

VIII. DESENVOLVIMENTO DA VACINA

[...]

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

[...]

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

[...]

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

[...]

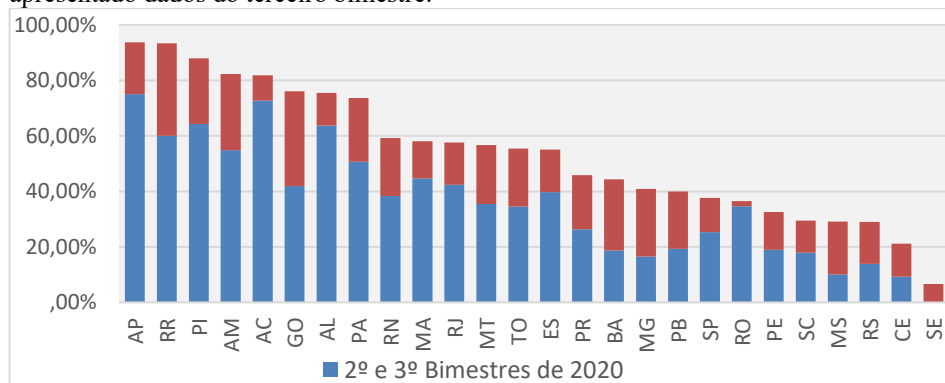
205. Analisando a tempestividade no preenchimento dos dados, a unidade técnica constatou, em 19/8/2020, que mais de quinze dias após a data limite para a apresentação dos dados, treze dos 27 estados (considerando o DF) e 2.570 dos 5.569 municípios, não os tinham apresentado.

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.4. Alterações realizadas nas bases de dados

[...]

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

[...]

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

[...]

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.

[...]

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.

[...]

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.

[...]

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*.**

[...]

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.

[...]

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



**2º Relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas da União acerca da atuação do
Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19**

ACÓRDÃO 1888/2020 – PLENÁRIO
Processo TC 014.575/2020-5, julgado em 22/07/2020
Relator MINISTRO BENJAMIN ZYMLER

ACOMPANHAMENTO. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA MONTADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O COMBATE À CRISE GERADA PELO NOVO CORONAVÍRUS E DOS ATOS REFERENTES À EXECUÇÃO DE DESPESAS PÚBLICAS. SUPERPOSIÇÃO DE FUNÇÕES, AUSÊNCIA DE FUNCIONAMENTO FORMAL E NÃO DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. FALTA DE DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS. DÉFICIT DE TRANSPARÊNCIA. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator em:

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

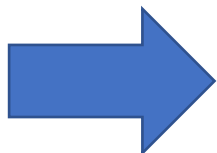
9.1.1. adote as **medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE-nCoV aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020;**

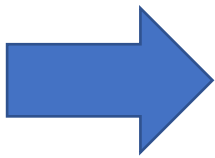
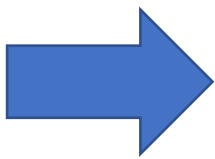
9.1.2. **ajuste sua estratégia de comunicação a respeito das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e das demais informações epidemiológicas e de prevenção e controle da doença segundo as diretrizes do Decreto 9.203/2017, os princípios da publicidade e transparência pública e as 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-ESPII aos normativos de regência do órgão, disciplinando a sua atuação coordenada com o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, conforme as diretrizes de governança pública;**

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) ;

RELATÓRIO

[...]

6. Nesta oportunidade, aprecia-se o segundo relatório parcial elaborado pela SecexSaúde, lavrado nos seguintes termos – transcrito parcialmente com os ajustes de forma que entendi pertinentes:

[...]

8. Neste segundo relatório serão apresentadas informações relativas à estrutura de governança do MS para o combate à crise do coronavírus (Seção II), a aspectos orçamentários e financeiros das ações de combate ao coronavírus, atualizadas até 25/6/2020 (Seção III), bem como a processos mais recentes de contratação de serviços e de aquisição de bens pelo MS, com destaque para os contratos firmados pelo Ministério da Saúde para aquisição de respiradores (Seção IV).

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

[...]

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

II.1 Estrutura

[...]

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

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

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

24. A equipe do acompanhamento constatou in loco a existência de outra estrutura de combate à crise do coronavírus, além do COE e do CME, instituída no âmbito do Ministério da Saúde, o Gabinete de Crise da Covid-19, pois, como registrado no parágrafo 6, a equipe, o supervisor da fiscalização e o Secretário da SecexSaúde observaram a reunião dessa estrutura na data de 23/6/2020.

25. A mesa da reunião foi composta pelo Secretário Executivo do MS, por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). O Secretário da SecexSaúde foi convidado a compor a mesa. Frise-se que o Gabinete de Crise da Covid-19 não é uma estrutura formalmente instituída e, portanto, não há ato normativo definindo suas competências, composição e periodicidade das reuniões, o que impossibilita a identificação das diferenças de atribuições e de grau decisório entre as instâncias.

26. No primeiro relatório do acompanhamento, a equipe registrou a criação, por meio do Decreto 10.211/2020, do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN), coordenado pelo Ministério da Saúde, com competência para, entre outras medidas, propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional; e solicitou, por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, as atas de reunião do GEI-ESPIN.

27. Por meio do Parecer 84/2020-DSASTE/SVS/MS (peça 31), o MS informou que em razão da instituição do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, criado pelo Decreto 10.277/2020, e do Centro de Coordenação de Operação da Covid-19 (COC-Covid19), instituído pelo Decreto 10.289/2020, o GEI-ESPIN não chegou a se reunir. Todavia, observando-se o Decreto 10.277/2020, alterado pelo Decreto 10.289/2020, não consta no normativo a revogação expressa do decreto de criação do GEI-ESPIN e tampouco as competências do grupo interministerial foram expressamente atribuídas ao Comitê de Crise ou ao Centro de Coordenação, mencionados na resposta do Ministério da Saúde.

[...]

33. Reputa-se que a mudança de responsabilidade de gestão do COE-nCovid ao longo da gestão da pandemia do coronavírus pode representar um risco de perda de comando e coordenação ou de conhecimento acumulado na gestão de crises sanitárias anteriores, um dos três grandes componentes do NIMS [National Incident Management System]. Apesar das

justificativas para a troca do comando, a ausência de evidências que apontem má gestão ou falta de capacidade administrativa da Secretária de Vigilância em Saúde durante a sua gestão levanta **dúvidas quanto à necessidade da troca, face ao risco na perda de conhecimento e de coordenação.**

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

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

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

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

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

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

critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional.

[...]

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

[...]

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

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

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

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

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

II.2 Planejamento e Comunicação

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

[...]

58. **Ao se avaliar a operacionalização do plano, salta aos olhos a ausência no documento de elementos essenciais para um bom plano de ação, como responsabilidades, prazos, áreas envolvidas nas operações, sistemas informatizados a serem utilizados, estimativa de custos, e outras características importantes para a sua execução.**

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

[...]

61. Considerando a importância dessas ações para contenção da disseminação da pandemia do novo coronavírus no Brasil, a equipe considerou **relevante a elaboração de plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas mencionadas nos itens “a” a “i”, e formulou proposta,**

no relatório preliminar, para que o Ministério da Saúde elaborasse planos de ação referentes as ações descritas nos tópicos acima mencionados contendo, no mínimo, as seguintes informações: ação a ser implementada; prazo para implementação; responsável pela implementação; atividades, procedimentos, etapas; prazos intermediários; atores envolvidos; estimativa de custo; sistemas informatizados; Estados a serem atendidos (com previsão de quantitativo por Estado).

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

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

[...]

III. DOS ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

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

[...]

72. No tocante às ações diretas de combate à Covid-19, **foi criada ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constava, até 25/6/2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 44,20 bilhões, dos quais R\$ 38,97 bilhões alocados ao Ministério da Saúde, de acordo com consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) por meio do sistema Tesouro Gerencial.**

73. Dessa forma, partindo-se da premissa que **os gastos federais de competência do Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas – incluindo as transferências fundo a fundo para os entes subnacionais – estão sendo realizados totalmente por meio da referida ação 21C0, o orçamento alocado a essa pasta alcança, até o momento, um montante de R\$ 38,97 bilhões.**

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

[...]

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

Gráfico 1 – Dotação atualizada por modalidade de aplicação

Dotação atualizada por Modalidade de Aplicação - R\$ bi



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

Transferências Intergovernamentais

77. Por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, solicitou-se ao Ministério da Saúde a apresentação dos estudos utilizados para fundamentar a transferência a Estados e Municípios dos recursos previstos nas Portarias GM/MS 774, de 9/4/2020, 480, de 23/3/2020 e 395, de 16/3/2020, relativos aos créditos extraordinários abertos por meio das MPs 940 e 924 (peça 10).

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

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

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

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

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

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

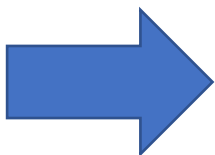


Tabela 3 – Transferências fundo a fundo

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

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

81. Importante relatar que **o Ministério Público Federal (MPF), por meio da Portaria 82/2020, instaurou inquérito civil com a finalidade de apurar possível insuficiência e lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde na ação 21C0 e omissão no socorro financeiro aos Estados e Municípios para o enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus** e encaminhou ofício, em 2/6/2020, ao Ministério da Saúde solicitando esclarecimentos, no prazo de dez dias úteis.

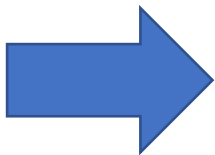
82. Em consulta ao processo administrativo instaurado pelo MS para o encaminhamento de resposta ao MPF (25000.079736/2020-93), foi possível verificar que **o Ministério, em relação às transferências fundo a fundo, foi questionado quanto: à diminuição das transferências a partir de 13/4/2020; aos parâmetros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

[...]

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

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

[...]



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

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

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

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

Recursos aplicados diretamente pelo MS

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

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

[...]

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

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

103. Nesse ponto, faz-se importante registrar que o MPF, em razão do inquérito civil instaurado (parágrafo 81), solicitou ao MS as seguintes informações quanto à aplicação direta de recursos pelo Ministério: justificativas para a utilização de apenas R\$ 804,68 milhões, de um total de R\$ 11,74 bilhões destinados à aplicação direta pela União, por meio da ação 21C0; previsão e cronograma de gastos para implementação integral do Plano de Contingência Nacional; planejamento e cronograma para a utilização dos cerca de R\$ 8,5 bilhões da ação 21C0, indicando de forma detalhada as despesas a serem efetuadas a partir de tal rubrica;

autoridades competentes, no âmbito do MS, para deliberar sobre a utilização dos recursos da aplicação direta da ação 21C0 (peça 56).

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

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

[...]

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

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

Apontamentos sobre a estratégia de aquisições

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

Os processos de contratações disponibilizados permitem somente a aferição da conformidade das contratações, mas não são suficientes para identificação e análise da governança e gestão das aquisições em tela. As informações acima mencionadas, em resposta ao MPF, também não evidenciam essa estratégia.

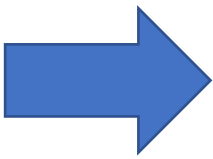
110. Por meio do Ofício de Requisição 6, de 11/5/2020, foi solicitado, entre outros pontos, que o MS apresentasse os estudos técnicos desenvolvidos para fundamentar as aquisições e contratações relacionadas ao combate ao coronavírus e para embasar a destinação dos objetos dessas aquisições (peça 10).

111. Ocorre que as respostas apresentadas se mostraram insuficientes (peça 39, p. 1) ou sem conexão com o que fora questionado (peça 41, p. 1).

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

[...]

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



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

[...]

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

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

[...]

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

[...]

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

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

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

IV. DO ACOMPANHAMENTO DAS CONTRATAÇÕES

[...]

Aquisição de ventiladores pulmonares

[...]

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

[...]

Processo SEI 25000.045663/2020-36 (SIN 30418)

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

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

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

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

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

147. **Em análise realizada pela CGU, foram apontados riscos no processo relacionados a: i) fragilidades na fundamentação da contratação, sobretudo pela natureza genérica das justificativas apresentadas no termo de referência e da ausência de manifestação técnica de beneficiários das aquisições que embasariam sua necessidade; ii) ausência de clareza sobre quais produtos seriam efetivamente entregues ao Ministério da Saúde, tendo em vista as inconsistências identificadas na proposta vencedora referente ao item ventilador pulmonar; e iii) existência e funcionamento da empresa contratada e ao efetivo relacionamento entre essa e sua representante brasileira, a empresa BioCiência** (peça 50, p. 48-59).

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

[...]

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

[...]

Considerações sobre as aquisições de ventiladores pulmonares

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

158. Conforme apontado pela CGU e já relatado pela equipe deste acompanhamento em outras oportunidades, **os processos de aquisição de ventiladores possuem as mesmas fragilidades já identificadas em diversos outros**

processos no tocante à insuficiente justificativa dos quantitativos e à ausência de informações sobre a logística de distribuição para os destinatários.

159. Entretanto, no caso dos ventiladores, o risco relacionado à aquisição em quantitativos desnecessários parece afastada, dada a já difundida informação na mídia ou nos próprios entes governamentais acerca da necessidade e da dificuldade de aquisição dos mencionados equipamentos. O valor unitário também é de maior valor, o que naturalmente chama atenção, o objeto é de singular característica e isso propicia maior controle.

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

Novos processos de contratações

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

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

[...]

V. DAS TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

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

[...]

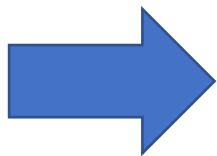
170. Foi possível verificar que os valores destinados aos entes subnacionais (considerando tanto as transferências a Estados como a Municípios e a data de extração dos dados de 28/5/2020), em termos per capita, oscilou entre R\$ 108,39 em Roraima e R\$ 24,99 no Pará, e tiveram diferentes estratégias de alocação.

O Acre foi o estado que mais concentrou recursos das transferências no governo estadual (89%), ao passo que Minas Gerais foi o estado que mais descentralizou recursos aos municípios (83,3%).

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

[...]

172. Ao se analisar o total de recursos transferidos para ações de combate à pandemia de Covid-19 em relação ao total de transferências recebidas pelos entes



via Fundo Nacional de Saúde (FNS), observa-se que, **para alguns entes, as transferências para o combate da pandemia correspondem a mais de 40% do total de recursos recebidos.**

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

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

[...]

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

[...]

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

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

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

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

[...]

183. Era de se esperar que **as localidades que receberam mais pacientes de outros entes (ou seja, com percentual positivo) recebessem maiores valores e que aquelas que mandam pacientes (percentual negativo) recebessem menores valores. Contudo[...], não existe correlação aparente.**

[...]

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

185. [...] Assim como verificado no gráfico anterior, não restou evidenciada correlação aparente.

[...]

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

187. [...] Do mesmo modo em que nos gráficos anteriores, não é possível identificar uma correlação aparente entre as internações e os recursos transferidos.

[...]

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

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

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

[...]

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

[...]

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

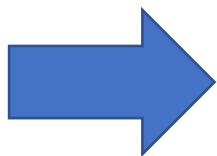
[...]

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

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

[...]

210. Tais dados indicam que **a estratégia de realizar testes em massa na população pode não ser tão eficiente nos menores**



municípios brasileiros, que em muitos casos possuem as piores condições socioeconômicas e historicamente sofrem com falta de capacidade de gestão. Existe a *necessidade de que sejam adotadas outras estratégias de caráter preventivo para evitar que o Covid-19 se alastre nesse grupo de municípios.*

[...]

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

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

[...]

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

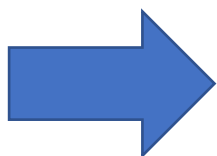
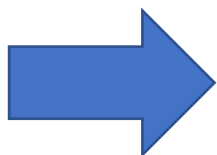
[...]

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

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

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

222. Em que pese a publicação da portaria, é prudente manter o acompanhamento dos repasses do Fundo Nacional de Saúde, com o objetivo de verificar se eventuais futuras transferências serão balizadas pela recomendação constante do item 9.2.1 do



Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler e se persistem ou serão mitigadas o que parecem ser distorções inicialmente verificadas nesta seção do relatório.

VI. DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS AOS ESTADOS

[...]

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

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

[...]

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

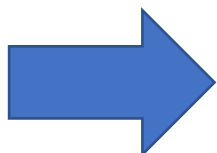
231. Também **foi solicitado ao Ministério da Saúde a apresentação de requisições de compras e de contratação de serviços apresentadas pelos Estados e Municípios, com mais de 100 mil habitantes, relacionadas ao combate ao coronavírus, com o objetivo de comparar as requisições dos Estados com o quantitativo de insumos distribuídos aos entes federativos. Contudo, o MS informou que, considerando a situação de pandemia que mobiliza grande parte da ação do Ministério, restava impossível o levantamento das informações requeridas** (peça 29, p. 2).

[...]

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

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

235. Esta conclusão reforça a proposta de determinação formulada no parágrafo 95 para que o **Ministério da Saúde apresente a este Tribunal toda a lógica de**



financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde no tocante à ação orçamentária 21C0, no tocante à ação orçamentária 21C0, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação dos recursos.

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

[...]

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

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

Tabela 9 – Leitos impedidos hospitais federais RJ

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

[...]

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

[...]

244. **O déficit de pessoal é problema crônico nos hospitais e institutos federais situados na cidade do Rio de Janeiro**, acompanhado e tratado por esta Corte desde longa data, tanto em auditorias como nos processos de contas apresentados pelas unidades jurisdicionadas.

[...]

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

[...]

247. Assim, **a pandemia causada pelo novo coronavírus exacerba um problema de deficiência da gestão da rede hospitalar federal no Rio de Janeiro, de longa data, que vem sendo objeto de controle externo por parte da SecexSaúde no que se refere às unidades hospitalares federais localizadas no Rio de Janeiro, com vistas a**

contribuir para a melhoria de gestão dessas unidade, coibir desvios de recursos públicos e prevenir a ocorrência de irregularidades.

VIII. DA TRANSPARÊNCIA

[...]

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

[...]

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

[...]

266. Conquanto haja uma segmentação dos leitos (locados, UTI adulto – SUS e não SUS – e leitos UTI habilitados), não é possível verificar a disponibilidade por UF/municípios. Por meio do Ofício de Requisição 6 de 11/5/2020, foram solicitadas ao MS informações sobre a quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI): se o MS tem conhecimento da disponibilidade dos leitos de UTI nos Estados e Municípios para tratamento da Covid-19 e de outras enfermidades; periodicidade e forma de atualização das informações; e possibilidades de atuação do Ministério.

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

[...]

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

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

[...]

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

[...]

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

XI. CONCLUSÃO

302. Decorridos três meses do início do acompanhamento, nesse segundo ciclo de fiscalização foi possível avançar na avaliação da estrutura de governança criada pelo Ministério da Saúde para combater a crise causada pelo coronavírus. O MS informou as estruturas criadas (parágrafos 14-23) e a equipe do acompanhamento observou in loco a reunião de uma estrutura de governança criada para lidar com a crise, que não foi descrita pelo Ministério (parágrafos 24-25). [...]

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

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

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

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

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

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

[...]

VOTO DO MINISTRO RELATOR BENJAMIN ZYMLER

[...]

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

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

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

[...]

26. Sendo assim, é possível concluir que os órgãos superiores de articulação, coordenação e acompanhamento das ações de enfrentamento da pandemia são o GEI-ESP II e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil. Sob a perspectiva do Ministério da Saúde, observo, a partir da leitura da Portaria GM/MS 188/2020, que os papéis de planejamento, organização, coordenação e controle cabem ao COE-nCOV, que detém, inclusive, a função de propor a aquisição de bens e a contratação de serviços ao MS.

[...]

28. Sob essas premissas, a SecexSaúde aduziu que a mudança de responsabilidade pela gestão do COE-nCoV ao longo da evolução da pandemia pode representar um **risco de perda de comando e coordenação ou de conhecimento acumulado na gestão de crises sanitárias anteriores**, um dos componentes importantes do referido guia de boas práticas.

29. **Tal fato, aliado à troca de dois Ministros da Saúde durante a pandemia e à alteração de grande parte da equipe técnica, constituiu uma fragilidade na governança do MS, que precisará ser superada no curso do enfrentamento da Covid-19**, conforme exposto pela unidade técnica.

[...]

32. Todavia, verifico, a partir das informações coletadas pela unidade técnica, que o COE-nCoV parece não estar exercendo o papel de articulação e coordenação do enfrentamento da pandemia, na prática.

33. Tal fato pode ser depreendido pelas informações contraditórias encaminhadas pelas diversas secretarias do MS sobre as informações requeridas pela equipe de

fiscalização a respeito da estratégia de aquisições e de transferência de recursos da pasta.

34. A propósito do assunto, ressalto que **o COE-nCoV não exerceu, de fato, o papel de interlocutor no presente acompanhamento, na medida em que os ofícios que lhe foram encaminhados foram respondidos, como regra, por notas técnicas elaboradas pelas diversas secretarias.**

35. Em relação à competência para propor a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), a equipe de fiscalização foi informada de que, na prática, **tais decisões têm sido tomadas pelos secretários das áreas finalísticas do Ministério da Saúde.**

36. Tal fato é mais um sinal de que **o COE-nCoV não está exercendo as atribuições que lhe foram reservadas pela estrutura formal de governança do MS**, já que o art. 3º, inciso V, letra “b”, da Portaria GM/MS 188/2020 estabelece, expressamente, a competência da unidade para “*propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde, (...) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN*”.

37. Dessa forma, **julgo pertinente determinar ao MS que adote as medidas necessárias visando adequar o funcionamento do COE-nCoV aos normativos de regência de sua atuação, reforçando o seu papel de articulação e coordenação no enfrentamento da pandemia, nos termos da Portaria GM/MS 188/2020.**

38. A equipe também percebeu um **enfraquecimento da função de comunicação com o público em geral, pelo fim das coletivas de imprensa diárias, previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus**. Tais entrevistas serviam de canal de esclarecimento e informação sobre a evolução da pandemia e as medidas adotadas pelo governo.

39. **A despeito da discricionariedade do governo em definir a sua estratégia de comunicação, compreendo que a situação excepcional que vive o país impõe uma maior atenção ao princípio da transparência, como forma de assegurar o direito à informação da população em geral e possibilitar o controle social das ações do governo, inclusive de forma propositiva.**

40. Afinal, o art. 4º, inciso XI, do Decreto 9.203/2017, estabelece como uma das diretrizes da governança pública a “*comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados da organização, de maneira a fortalecer o acesso público à informação*”.

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

42. Sobre a governança do combate à pandemia, **percebo a existência de instâncias diversas para tratamento do mesmo tema sem a devida divisão de competência e atribuições. Tal**

ocorre com o GEI-ESP II e o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil, já que ambos têm a função de coordenação e articulação das medidas de enfrentamento ao coronavírus.

[...]

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

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

46. Com isso, julgo pertinente determinar ao MS que 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.

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

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

[...]

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

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

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

III - Dos aspectos orçamentários e financeiros

[...]

64. Contudo, em que pese a publicação da citada portaria [Portaria MS/GM 1.666/2020], a unidade técnica concluiu que **carece de explicação a baixa execução orçamentária das transferências fundo a fundo e ainda se faz necessário o conhecimento do regramento geral acerca de tais transferências.**

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

[...]

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

[...]

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

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

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

[...]

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

[...]

V - Das transferências a estados e municípios

[...]

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

[...]

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

[...]

102. Sobre os critérios usados para a transferência de valores, concordo com a assertiva da SecexSaúde de que **os valores destinados à atenção primária e vigilância**

em saúde relacionadas à Covid-19 podem observar o tamanho da população, já que envolvem a realização de serviços de saúde básicos, a compra de insumos de proteção individual e a realização de exames de diagnóstico, que guardam proporção com o número de habitantes.

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

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

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

[...]

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

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

[...]

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

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

[...]

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

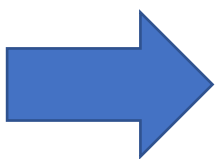
128. **A persistência da pandemia e as incertezas quanto à sua evolução e ao tratamento da doença exigem o fortalecimento da estrutura de governança do seu enfrentamento, bem como a definição de critérios técnicos objetivos para a alocação dos recursos e insumos necessários a essa política pública.**

VI- Da aplicação dos recursos transferidos aos estados

[...]

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

134. Conforme assinalado pela SecexSaúde, “sem a análise da execução das despesas dos demais entes federativos não é possível avaliar se os recursos



destinados para o combate à pandemia foram suficientes, se foram direcionados para ações que realmente contribuíram para o enfrentamento da situação, se a estratégia que combinou, ao mesmo tempo, centralização e descentralização das aquisições, resultou em aquisições mais econômicas e cujo prazo de entrega se mostrou compatível com o atendimento da pandemia”.

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

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

[...]

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

VIII – Da Transparência

[...]

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

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

[...]

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

**1º Relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas da União acerca da atuação do
Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19**

ACÓRDÃO Nº 1335/2020 – Plenário

**Processo TC 014.575/2020-5, julgado em 27/05/2020
Relator MINISTRO BENJAMIN ZYMLER,**

LEVANTAMENTO PRELIMINAR. DIFICULDADES NA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES PELA EQUIPE DE AUDITORIA. AUSÊNCIA DE CRITÉRIOS PARA O REPASSE DE RECURSOS AOS ENTES SUBNACIONAIS. FALHAS NA MOTIVAÇÃO DE CONTRATAÇÕES. DETERMINAÇÃO. RECOMENDAÇÃO.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator em:

9.1.determinar ao Ministério da Saúde que:

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

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

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

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

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

[...]

RELATÓRIO

[...]

10. Na atual fase do levantamento, ocorreram as seguintes constatações pela equipe da Secretaria de Controle Externo da Saúde

“ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

1. *Para contextualização dos aspectos orçamentários e financeiros relativos ao enfrentamento do coronavírus no âmbito do Ministério da Saúde, são apresentadas abaixo informações orçamentárias e financeiras consolidadas até o fim do mês de abril de 2020.*

2. Foi criada ação orçamentária específica (21C0) relacionada ao tema Covid-19 no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constava, até 30/4/2020, a dotação atualizada de aproximadamente R\$ 23,34 bilhões, dos quais R\$ 18,93 bilhões alocados ao Ministério da Saúde.

3. Desses R\$ 18,93 bilhões, havia dotação de R\$ 9,1 bilhões para aplicação direta no âmbito do Ministério da Saúde. Havia também dotação de aproximadamente R\$ 5,2 bilhões para transferências aos fundos estaduais de saúde e R\$ 4,6 bilhões para transferência aos fundos municipais na referida ação.

4. No tocante aos recursos a serem aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde em âmbito federal (R\$ 9,1 bilhões), incluindo suas unidades vinculadas – que compõem o escopo deste acompanhamento – haviam sido empenhados R\$ 3,45 bilhões até a referida data.

[...]

I. DAS TRANSFERÊNCIAS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

9. Com a finalidade de fortalecer os serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder à emergência de saúde pública causada pelo coronavírus, foram editadas portarias com o objetivo de distribuir recursos aos Estados e Municípios.

10. A Portaria GM/MS 395 de 16/3/2020 repassou, em parcela única, aos Estados e Distrito Federal o montante de R\$ 424.154.750,00. Conforme art. 1º, parágrafo único da portaria, a distribuição dos recursos observou o critério populacional, tendo sido **repassado R\$ 2,00 per capita**.

11. O art. 2º da citada portaria, por sua vez, estabeleceu que a distribuição do recurso no âmbito intraestadual estava a cargo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado.

12. A Portaria 480 de 23/3/2020, por sua vez, **repassou, em parcela única, aos Estados e Distrito Federal o montante de R\$ 600.000.000,00, tendo sido repassado R\$ 2,848 por habitante de cada Estado**, conforme Anexo da portaria.

13. O art. 2º da portaria estabeleceu que **a distribuição do recurso no âmbito intraestadual estava a cargo da CIB em cada estado, devendo ser observados os seguintes critérios: valor mínimo a ser repassado a cada município correspondente a R\$ 2,00 per capita e valor máximo correspondente a R\$ 5,00**; nos Estados nos quais os recursos financeiros da Portaria 395/GM/MS de 16/3/2020 tivessem sido repassados aos municípios após acordo na CIB, os recursos financeiros desta Portaria poderiam ser direcionados às gestões estaduais. Já nos Estados nos quais os recursos financeiros derivados da Portaria 395 não tivessem sido direcionados aos municípios, os recursos financeiros da portaria deveriam ser também direcionados aos municípios, sendo a distribuição pactuada em CIB, e observada a distribuição para municípios onde a rede assistencial existente tivesse maior potencial para enfrentamento da Covid-19.

14. Por fim, a Portaria 774 de 9/4/2020 disponibilizou aos Estados, Distrito Federal e Municípios o montante de R\$ 3.944.360.944,06, que correspondem, para os entes federativos gestores de serviços de média e alta complexidade, a 1/12 do limite financeiro anual correspondente, enquanto que para os demais entes federativos, os valores repassados são referentes à competência financeira de fevereiro de 2020 do Piso da Atenção Básica (PAB).

15. Por meio do Ofício de Requisição 6 de 11/5/2020, o Ministério foi instado a apresentar justificativas técnicas para a definição dos critérios para a transferência de recursos a Estados, Distrito Federal e Municípios. Uma análise extremamente superficial e preliminar, contudo, permite afirmar que **a utilização do critério populacional para a distribuição dos recursos não é o mais adequado**.

16. Até o momento sabe-se que os casos de coronavírus manifestam-se primeiramente e mais frequentemente em grandes centros urbanos, devido à maior aglomeração de pessoas e à dificuldade de adoção de medidas de isolamento social, e depois alcançam as cidades do interior do país.

17. Ademais, a distribuição dos serviços de saúde no país não se dá de forma proporcional à população. De acordo com o número de leitos de internação constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), referente a março de 2020, e com a quantidade de habitantes por Estado informada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente a julho de 2019, o Estado do Amapá possui uma população (845.731 habitantes) superior ao Estado de Roraima (605.761) e uma menor quantidade de leitos, 1.110 e 1213, respectivamente. Da mesma forma, o Estado de Sergipe possui uma população (2.298.696) superior ao Estado de Rondônia (1.777.225) e 1.146 leitos a menos (3.174 e 4.320, respectivamente).

18. Outrossim, é fato notório que os serviços de saúde de média e alta complexidade estão concentrados nos grandes urbanos, não sendo incomum encontrar cidades que não dispõem de leitos de internação ou mesmo hospitais. Segundo pesquisa realizada pelo site UOL, com dados do Cnes de janeiro de 2020, que apenas 9,8% dos 5.570 municípios brasileiros (545) possuem leitos de UTI (disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/nove-em-cada-10-cidades-do-pais-nao-tem-leito-de-uti-e-exportam-pacientes.htm>. Acesso em 12/5/2020).

19. Dessa forma, é questionável a atitude do Ministério da Saúde de direcionar recursos para todos os Estados e Municípios do país sem considerar as estimativas de propagação da doença e sem considerar a desigualdade na oferta de serviços de saúde, principalmente entre grandes e pequenos municípios.

[...]

21. Dessa forma, em que pese o caráter preliminar do relatório, a situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional vivida, a finitude dos recursos públicos e a necessidade de zelo com a sua utilização impõem a necessidade da emissão de recomendação ao Ministério da Saúde para que adote critérios técnicos na disponibilização de recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, entre outros, as perspectivas de evolução da pandemia do coronavírus e a estrutura dos serviços de saúde existentes nas localidades.

II. DO ACOMPANHAMENTO DA CONTRATAÇÕES

[...]

24. Como apontado na Apresentação do relatório, a fase inicial da fiscalização foi marcada por diversas limitações relacionadas especialmente à disponibilização de informações de maneira completa e tempestiva à equipe.

25. Essa situação foi parcialmente resolvida durante o mês de abril, a partir da concessão à equipe de fiscalização, de acesso ao sistema informatizado SEI, pelo qual são instaurados e tramitados os processos administrativos do MS.

26. Entretanto, apesar de tal possibilidade de acesso, persistem algumas importantes limitações ao trabalho de acompanhamento. Apesar de solicitações diversas, como aquela expressa no Ofício de Requisição 2, de 15/4/2020, o Ministério da Saúde não tem informado, de forma completa e tempestiva, a respeito dos processos de contratação relacionadas ao Covid-19. O mero acesso ao sistema não supre essa deficiência, pois a equipe de fiscalização não tem condições de identificar no universo de processos do SEI quais seriam aqueles relacionados ao tema em questão.

27. Esse fato resulta na identificação tardia de algumas contratações, por meio de consultas ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) ou por meio de publicações no Diário Oficial da União. Quando as contratações são identificadas por esses meios, normalmente já se encontram em um estágio avançado, como publicação da dispensa de licitação ou extrato do contrato,

o que dificulta ou impede uma atuação tempestiva deste Tribunal no tratamento de irregularidades ou riscos.

28. *Nesse sentido, propõe-se **determinar ao Ministério da Saúde que informe à equipe do acompanhamento, de maneira completa e tempestiva, o número do processo de contratação relacionado ao Covid-19 logo quando da sua autuação e que informe, tão logo dê início, à abertura de uma nova contratação no bojo de processo administrativo já existente.***

29. Outra limitação relevante diz respeito ao conteúdo dos processos disponibilizados. Via de regra, os processos, cujos números são disponibilizados ou identificados pela equipe, são compostos pela etapa da execução da aquisição no Departamento de Logística do MS. Nessa fase, são realizadas as etapas de contato com potenciais fornecedores, cotação e análise de preços, verificação da situação cadastral do fornecedor, empenho, publicação da dispensa e contratação.

30. ***Não há, contudo, detalhamento nos processos das fases anteriores que culminaram na decisão de compra como, por exemplo: justificativa específica da necessidade da contratação, a quantidade de serviço a ser contratada com as respectivas memórias de cálculo e a destinação do objeto contratado. O que se observa são projetos básicos ou explicações sem grande nível de detalhamento, que normalmente relacionam a necessidade de aquisição de forma genérica à situação emergencial***

[...]

31. Apesar de a Lei 13.979/2020 ter reduzido o número de procedimentos e exigências relativos às aquisições para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, tais como a exigência de estudos preliminares (art. 4º-C, incluído pela Medida Provisória 926 de 20/3/2020), ***a vultuosidade das contratações e o bom trato da coisa pública exigem, mesmo que de maneira menos formal e mais célere, o mínimo de motivação dos atos administrativos.***

32. Faz-se importante destacar que as aquisições de equipamentos de proteção individual e de equipamentos, a exemplo de respiradores, serão distribuídos aos Estados e Municípios, pois o MS não faz a gestão direta de hospitais e que as secretarias estaduais e municipais de saúde também têm adquirido os mesmos equipamentos e materiais que o Ministério da Saúde, com recursos próprios e recursos transferidos. Dessa forma, ***é necessário que os processos administrativos identifiquem a destinação dos objetos adquiridos de forma a evidenciar que não há uma sobreposição de ações entre União, Estados e Municípios.***

[...]

III. DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

[...]

43. Conforme a Portaria acima citada [Portaria MS 188/2020], ***compete, ao COE [Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública], entre outras atribuições, propor, de forma justificada, ao Ministro da Saúde a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na situação de emergência de saúde pública. Contudo, na prática tais decisões têm sido tomadas pelos Secretários do Ministério da Saúde.***

44. O COE, segundo informações, seria composto por representantes do Ministério da Saúde, por técnicos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e por representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Assistência Social (Conas).

45. ***Dessa forma, tem-se que um mecanismo plural, que poderia trazer visões diferentes daquelas existentes no dia-a-dia do Ministério da Saúde,***

tem suas funções esvaziadas, sendo as decisões em períodos de crise, tomadas de maneira semelhante às aquelas tomadas em período de normalidade. Artigo disponível na página eletrônica do Fórum Econômico Mundial (<https://www.weforum.org/agenda/2020/04/a-guide-to-crisis-governance-in-the-age-of-coronavirus/>), afirmou que *a resposta oportuna no momento atual é essencial, marcando a diferença entre conter uma crise e permitir que ela se espalhe, sobrecarregando a capacidade das organizações públicas para funcionar de forma efetiva.*

46. Segundo o artigo, podem ocorrer consequências não intencionais, as quais exigem um grau de improvisação além da capacidade padrão, pois as regras que se aplicam às operações de rotina rapidamente se tornam inadequadas e desatualizadas.

47. O documento *Accountability in a Time of Crisis*, elaborado pela Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai), com exemplos de achados e de auditorias relacionadas a epidemias e desastres, a exemplo da crise do ebola em Serra Leoa e na Libéria, afirma que *é útil contar com um organismo central responsável pela coordenação dos esforços de emergência, pois as atividades desarticuladas podem causar mais danos que bem-estar.*

[...]

IV. CONCLUSÃO

[...]

50. *É necessário que o Ministério da Saúde adote critérios técnicos para disponibilizar recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, entre outros, as perspectivas de evolução da pandemia do coronavírus e a estrutura dos serviços de saúde existentes nas localidades* (parágrafo 52).

51. *Igualmente, faz-se necessário, que os processos de contratação sejam instruídos com a devida motivação dos atos por meio da inclusão nos autos, no mínimo, de justificativas específicas da necessidade da contratação, da quantidade dos bens ou serviços a serem contratados com as respectivas memórias de cálculo e com a destinação do objeto contratado* (parágrafo 65).

52. *Por fim, entende-se pertinente determinar ao Ministério da Saúde que informe à equipe de acompanhamento, de maneira completa e tempestiva, o número do processo de contratação relacionado ao Covid-19 logo quando da sua autuação e que informe, tão logo dê início, a abertura de uma nova contratação no bojo de processo administrativo já existente* (parágrafo 59).

VOTO DO MINISTRO RELATOR BENJAMIN ZYMLER

IV – Transferências aos entes subnacionais

21. Com a finalidade de fortalecer os serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder à emergência de saúde pública causada pelo novo coronavírus, foi, consoante antes exposto, prevista a **distribuição de R\$ 9,8 bilhões aos estados, Distrito Federal e municípios.**

22. Mediante a Portaria do Ministério da Saúde 395, de 16/3/2020, foi repassado aos estados e ao Distrito Federal o montante de R\$ 424 milhões. **A distribuição dos recursos observou o critério populacional, tendo sido repassado R\$ 2,00 per capita** (a distribuição do recurso no âmbito intraestadual estava a cargo da Comissão Intergestores Bipartite de cada estado, observado o respectivo plano de contingência).

23. Já de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde 480, de 23/3/2020, foram repassados aos estados e Distrito Federal o montante de R\$ 600 milhões, sendo que **cada ente recebeu o valor de R\$ 2,848 por habitante. Desse valor, os municípios deveriam receber a quantia de R\$ 2,00 a 5,00 por habitante.**

24. Veja-se que **esses dois primeiros repasses, no total de R\$ 1,024 bilhão, tiveram a população de cada ente como critério de distribuição.**

25. Em um primeiro momento de combate à pandemia, entende-se adequado esse critério de distribuição de recursos, pois havia a necessidade de preparar o SUS como um todo para o enfrentamento da doença e não se sabia como a epidemia se desenvolveria em cada localidade.

26. Acontece que **a incidência da doença não está ocorrendo de forma proporcional à população**. Consoante o último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Boletim 16, de 18/5/2020), **a incidência de casos e mortes por milhão de habitantes guarda diferenças significativas no território nacional**.

27. Por exemplo, menciono regiões de saúde que apresentaram altos coeficientes de incidência por milhão de habitantes: Fortaleza, no Ceará (5.651,5); Alto Solimões, no Amazonas (7.194,3); e Rio Negro e Solimões, também no Amazonas (8.263,2). Já o Distrito Federal apresentou coeficiente de 1.448,6 casos por milhão de habitantes, enquanto a região de Juiz de Fora em Minas Gerais apresentou 625,1 casos por milhão de habitante.

28. Quando se analisa os dados municipais, verifica-se que **3.270 municípios já apresentaram casos da doença, enquanto outros 2.300 ainda não apresentaram nenhum, embora tenham recebido recursos para o combate da epidemia**.

29. Assim, **com o evoluir da situação epidemiológica, é razoável supor que a distribuição de recursos com base exclusiva no critério populacional não se mostre a mais adequada**.

30. Na sequência, **mediante a Portaria do Ministério da Saúde 774 de 9/4/2020, foi disponibilizado aos entes subnacionais o expressivo montante de R\$ 3,9 bilhões**.

31. Desta feita, **não foi adotado o critério populacional para a distribuição de recursos e sim os seguintes parâmetros:**

– para os entes federativos gestores de serviços de média e alta complexidade, o equivalente a 1/12 dos repasses anuais regulares e automáticos devidos pelo Ministério da Saúde para o custeio desses serviços; e

– para os demais entes federativos, os valores repassados são referentes à competência financeira de fevereiro de 2020 do piso da atenção básica (PAB).

32. Diante da **premente necessidade por serviços de saúde de média e alta complexidade para o tratamento da doença, o primeiro parâmetro de distribuição foi o repasse de recursos para os entes federativos gestores desses serviços, de forma a ampliar sua capacidade e adaptá-los às necessidades de enfrentamento da pandemia**.

33. **O critério de distribuição foi o valor dos repasses regulares do Ministério da Saúde para tal finalidade. Ou seja, tomou-se como parâmetro, de forma absoluta, a estrutura de serviços de média e alta complexidade existente pré-pandemia, de forma que aqueles que tinham uma estrutura per capita mais robusta receberam mais e os que tinham uma estrutura per capita inferior receberam menos**.

34. Como a oferta desses serviços de alta e média complexidade não é uniforme pelo território nacional, **a distribuição de recursos da forma como ocorreu apenas manteve essa desigualdade, não contribuindo, pois, para diminuí-la**. A unidade técnica bem apontou essa desigualdade com os seguintes dados exemplificativos:

Estado	Número de leitos de internação	Habitantes	Habitantes por leitos
Amapá	1.110	845.731	761,91
Distrito Federal	6.851	3.015.268	440,12
Goiás	17.666	7.018.354	397,28
Rio de Janeiro	33.479	17.264.943	515,69
Rio Grande do Sul	30.361	11.377.239	374,73
Rondônia	4.320	1.777.225	411,39
Roraima	1.213	605.761	499,39
Sergipe	3.174	2.298.696	724,22

35. Analisando-se os dados do estado do Amapá, vislumbra-se uma situação bastante peculiar, pois, além de receber menos recursos proporcionalmente à população, em razão da menor estrutura pré-existente, é uma das unidades da federação com a maior incidência **per capita** da doença, consoante dados extraídos do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde:

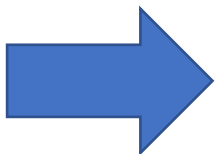
Estado	Casos por milhão de habitantes
Amapá	7.520
Amazonas	7.206
Acre	4.710
Roraima	2.804
Ceará	3.898
Pernambuco	2.895

36. O segundo parâmetro de distribuição de recursos da mencionada portaria foram os valores repassados em fevereiro de 2020 para o piso da atenção básica.

37. Os mesmos comentários feitos ao parâmetro anterior aplicam-se aqui: **distribuição de forma proporcional à estrutura pré-existente e não consideração da situação epidemiológica de cada ente subnacional. Assim, por exemplo, municípios com pouca ou nenhuma incidência da doença receberam o mesmo tratamento que municípios com altíssima incidência da doença.**

38. Feitas essas observações preliminares, porque não sujeitas ao crivo do contraditório, em razão da necessidade de uma análise premente da situação, cabe efetuar ao Ministério da Saúde duas recomendações.

39. A primeira diz respeito **aos recursos que ainda devem ser transferidos aos entes subnacionais – previstos R\$ 4,76 bilhões**. Nesse caso, entende-se que **os futuros repasses devem ter em conta a situação epidemiológica de cada ente subnacional, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de sua propagação e a taxa de ocupação de leitos.**



40. A segunda recomendação diz respeito aos recursos já repassados, cabendo ao Ministério expedir orientações para sua utilização, em especial para os entes subnacionais que apresentem pouca ou nenhuma incidência da doença.

V – Do Acompanhamento das contratações

41. A unidade técnica aponta que os processos administrativos carecem de informações referentes a: justificativa específica da necessidade da contratação, quantidade de serviço a ser contratado com as respectivas memórias de cálculo e destinação do objeto contratado. [...]

VI – Conclusão

50. A presente fiscalização ainda está na sua primeira metade. Contudo, já se faz possível apresentar propostas destinadas a aprimorar a atuação do Ministério da Saúde neste momento de emergência de saúde pública.

Outros Acórdãos do Tribunal de Contas da União em matéria correlata

ACÓRDÃO 4075/2020 - PLENÁRIO, Processo TC 016.708/2020-2, Relator MINISTRO VITAL DO RÊGO, julgado em 08/12/2020

ACOMPANHAMENTO. AVALIAÇÃO DA GOVERNANÇA DO CENTRO DE GOVERNO PARA COMBATE À COVID-19. QUINTO RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO. VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE DECISÕES DO TCU JÁ PROFERIDAS NOS AUTOS. CUMPRIMENTO PARCIAL. ENVIO DOS PLANOS ELABORADOS PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 AO TCU. ADEQUAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO. IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA NO PLANO ESTRATÉGICO. RECOMENDAÇÃO À CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. NOTIFICAÇÃO,

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de acompanhamento que, nesta oportunidade cuida do **quinto relatório de acompanhamento de natureza operacional realizado com o objetivo de avaliar e acompanhar a governança do Centro de Governo - CG durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19;**

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Extraordinária do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. recomendar, com fundamento no art. 250, III, do RITCU, c/c o art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, à Casa Civil, como representante do Centro de Governo e coordenadora do Comitê previsto no art. 3º do Decreto 10.277/2020, que **promova, com a brevidade que a situação requer, ajustes nas planilhas de governança por eixo prioritário para obter melhor coerência entre diretrizes, objetivos gerais e específicos, metas, indicadores e ações planejadas pelo Executivo Federal para o combate a Covid-19, em especial, relativos a: i) relação direta das ações com os objetivos propostos; ii) existência de ações e de indicadores exaustivos e adequados; iii) previsão de medidas de coordenação nas ações que envolverem mais de um ministério; e iv) elaboração de indicadores capazes de mensurar os resultados planejados, bem como relação direta entre ações mitigadoras de risco e evento de risco, de forma a aumentar a capacidade de alcance dos resultados pretendidos;**

9.2. retornar os autos à SecexAdministração para que promova levantamento junto ao Centro de Governo com o fim de que sejam apresentadas a esta Corte de Contas, no prazo de quinze dias, **informações relativas às novas medidas relacionadas à governança pública que estão sendo adotadas para o enfrentamento da elevação dos casos de morte e infecção por Covid-19, considerando a real possibilidade de aprendizado vivenciado com a primeira onda de contaminação pela mencionada enfermidade;**

ACÓRDÃO 229/2021 - PLENÁRIO, Processo TC 020.437/2020-0, MINISTRO Relator BENJAMIN ZYMLER, julgado em 10/02/2021

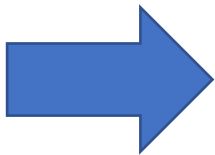
REPRESENTAÇÃO. IRREGULARIDADES REFERENTES À UTILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FEDERAIS LOCALIZADOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ. ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS. CONHECIMENTO. PROCEDÊNCIA PARCIAL. DETERMINAÇÃO.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. nos termos do art. 237, inciso VII, do Regimento Interno do TCU, conhecer da presente representação para, no mérito, considerá-la parcialmente procedente;

9.2. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de cinco dias úteis, em relação aos seis hospitais federais e três institutos nacionais situados na cidade do Rio de Janeiro/RJ:

9.2.1. apresente as **medidas adotadas em coordenação com as esferas estadual e municipal com vistas à disponibilização de leitos para o tratamento de pacientes acometidos pela Covid-19;**



9.2.2. encaminhe informações sistematizadas, indicando, por classificação de leito:
9.2.2.1. o quantitativo cadastrado no Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro, discriminando leitos para tratamento de Covid-19 e para outras enfermidades;
9.2.2.2. o quantitativo de leitos operacionais em cada unidade, discriminando leitos para tratamento de Covid-19 e para outras enfermidades;

9.2.2.3. o quantitativo de leitos inativos em cada unidade e as razões para tanto;

9.2.3. demonstre as ações adotadas para operacionalizar os leitos inativos ou as razões pelas quais entende que há outras maneiras de suprir as necessidades de leito para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 na cidade do Rio de Janeiro;

9.2.4. demonstre as ações planejadas para lidar com eventual déficit de recursos humanos decorrente da previsão de demissão, em 28/2/2021, de 1.419 profissionais em decorrência da expiração do prazo contratual estabelecido pela Medida Provisória 1.022/2020, de 31/12/2020;

9.2.5. informe os seguintes dados referentes ao processo seletivo simplificado para a contratação de 4.117 profissionais (edital 14/2020/SAA/SE/MS) :

9.2.5.1. quantitativo de pessoal contratado, discriminado por cargo, especialidade, hospital e setor de lotação, e

9.2.5.2. etapas por executar, com respectivo cronograma de execução;

9.3. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de dez dias úteis, apresente informações sobre as medidas adotadas com vistas à reabertura dos leitos perdidos devido ao no incêndio Hospital Federal de Bonsucesso, incluindo:

9.3.1. processos licitatórios instaurados;

9.3.2. documentos probatórios das etapas já executadas e das que estão em andamento, bem como o respectivo cronograma;

9.3.3. providências adotadas para solucionar o fato de que parte dos profissionais de saúde transferidos do Hospital Federal de Bonsucesso para o Hospital Federal do Andaraí não estão se apresentando para o serviço; e

9.4. determinar a constituição de apartado para a apuração das ocorrências de que trata o subitem 9.3 deste acórdão.

Anexo 6

Artigo de Francisco R. Funcia denominado **Até quando? Subsídios para a CPI da Covid-19**, disponível em <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/funcia-da-subsidios-a-cpi-da-covid-sobre-a-irresponsabilidade-federal-no-custeio-ao-combate-da-pandemia.html>

Até quando? Subsídios para a CPI da Covid-19

Por Francisco R. Funcia*, especial para o Blog da Saúde

A CPI da Covid-19 poderia começar a investigação obtendo subsídios junto à Associação Brasileira da Economia da Saúde (Abres) e à Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS), que, de abril a dezembro de 2020, publicou 33 boletins.

Entre os subsídios, com base nos dados analisados do planejamento e execução orçamentária do Ministério da Saúde para as ações de enfrentamento da Covid-19, destacamos:

1) Não houve participação do Ministério da Saúde em termos de coordenação do processo de financiamento tripartite do SUS.

As decisões sobre critérios de aplicação desses recursos, inclusive para transferências fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, não seguiram o rito legal (Lei 8080/90, Lei 8142/90 e Lei Complementar 141/2012) de serem pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e encaminhadas para aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O que representa também flagrante desrespeito à diretriz constitucional de participação da comunidade na gestão tripartite do SUS.

2) O Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, assumiu um papel muito similar ao de um agente financeiro pouco eficiente, considerando a lentidão e a irregularidade temporal para realização das despesas de enfrentamento da Covid-19.

Algumas provas disso:

— Enquanto o número de casos e mortes crescia nos meses de abril a julho, uma grande parte dos recursos orçamentários ficou sem utilização em 2020, como [demonstraram os boletins do Cofin/CNS, entre os quais este de 31 de dezembro de 2020](#).

— Até o final do ano de 2020, na modalidade aplicação direta, recursos usados para compra de kits de testagem, medicamentos para intubação, vacinas e insumos para produção nacional, apoio para estruturação física das unidades de saúde por meio de compras centralizadas para entregas descentralizadas, entre outras ações, foram em valores muito baixos se comparados à gravidade dessa doença.

— Houve até redução de recursos do orçamento, o que dificultou ainda mais a possibilidade de contribuição federal para ações diretas e junto com Estados, Distrito Federal e Municípios.

— O principal crédito extraordinário aberto para compra de vacinas, no valor de R\$ 20 bilhões, ocorreu somente no final de 2020. Dos R\$ 24,5 bilhões que totalizaram os três créditos extraordinários abertos para compra de vacinas, R\$21,6 bilhões ficaram de saldo que foi reaberto para utilização em 2021.

— Até julho de 2020, houve baixo valor empenhado, e até agosto de 2020, baixo valor liquidado e pago, para o caso das transferências fundo a fundo a Estados, Distrito Federal e, principalmente, Municípios.

A lentidão e irregularidade na utilização dos recursos combinadas à retirada de recursos orçamentários para as transferências aos Estados (de R\$ 10 bilhões para R\$ 7 bilhões em meados de 2020) e o crédito extraordinário de 20 bilhões para vacinas somente no final do ano evidenciam a responsabilidade do governo federal pelo crescimento exponencial do número de casos e mortes por covid-19 no Brasil, bem como pelo atraso na vacinação contra Covid-19.

Para que não haja qualquer dúvida sobre a irresponsabilidade federal no combate à Covid-19, houve ainda a pá de cal do Projeto de Lei Orçamentária da União para 2021.

O PLOA 2021 foi enviado ao Congresso Nacional SEM UM CENTAVO DE REAL programado para despesas de enfrentamento da Covid pelo Ministério da Saúde, vacinas, ações de atenção à saúde e estruturação da rede de atendimento à população nos hospitais e unidades básicas existentes nos mais de 5.570 municípios brasileiros.

Sempre é bom lembrar que a União é responsável por apenas 42% do financiamento do SUS, embora fique com cerca de 57% da receita disponível total (e os Estados com 25% e os municípios com 18%).

Participação federal que, por sinal, está em queda (exceto em 2020 devido à pandemia) em decorrência da Emenda Constitucional 95/2016.

A EC 95 estabeleceu o teto de despesas primárias no valor de 2016 e o piso federal do SUS congelado no valor de 2017 (ambos somente atualizados pelo IPCA, enquanto a população cresce 0,8% ao ano, ou seja, a cada ano, menos receita por habitante é alocada para o SUS federal). A despesa *per capita* federal do SUS caiu de R\$ 595 em 2017 para 583 em 2019.

O gasto público consolidado em Saúde no Brasil é de cerca de 4% do PIB, contra 7,9% do Reino Unido, e abaixo de vários países europeus e vizinhos da América do Sul.

Portanto, essa absurda programação nula de recursos para enfrentamento da Covid-19 no PLOA 2021 está relacionada também ao aprofundamento da política de austeridade fiscal conduzida pelo governo federal.

Foi essa política (com suas regras fiscais) que inviabilizou inclusive a possibilidade de emendas parlamentares para corrigir essa distorção.

A saída encontrada é a abertura de créditos extraordinários para financiar as ações federais de combate à Covid-19.

Só que é inconstitucional – por não se tratar de despesa imprevista e urgente neste ano de 2021, porque conhecida e pesquisada nesse um ano de existência – e ilegal – por inviabilizar o planejamento das ações de caráter tripartite no âmbito do SUS. Ela desrespeita as Leis 8080/90 e 8142/90 e as Leis Complementares 101/2000 e Lei de Responsabilidade Fiscal – 141/2012).

Anexo 7

Artigo de Élidea Graziane Pinto, denominado “**E se a CPI da Pandemia investigasse o caos fiscal do SUS?**”, publicado em 1º de junho de 2021 e disponível em <https://www.conjur.com.br/2021-jun-01/contas-vista-cpi-covid-senado-investigasse-caos-fiscal-sus>

E se a CPI da Pandemia investigasse o caos fiscal do SUS?

Élida Graziane Pinto

A CPI da Pandemia tem investigado a falta de coordenação nacional, bem como a ausência de racionalidade científico-gerencial no enfrentamento da calamidade sanitária decorrente da Covid-19, entre outras fragilidades. Enquanto isso, o Brasil caminha celeremente para atingir meio milhão de mortes confirmadas ainda neste mês de junho de 2021.

Instalada há praticamente um mês no Senado, a CPI da Pandemia já evidenciou, ao longo dos diversos depoimentos colhidos, que o Executivo federal orientou sua ação em busca da equivocada tese de imunidade coletiva “natural”, a qual seria obtida supostamente por meio da escalada de contaminações. A contratação tardia de vacinas e a rejeição ao isolamento social amplo são consequências desse equívoco. A origem de tal modelo de gestão, por sua vez, reside na priorização maniqueísta da continuidade das atividades econômicas, ainda que isso custasse o acúmulo de centenas de milhares de mortes evitáveis.

Em entrevista à BBC News Brasil <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57286762>, o professor Pedro Hallal, da Universidade Federal de Pelotas (RS), estima que 20% das mortes por Covid-19 no país poderiam ter sido evitadas, caso as vacinas tivessem sido compradas tão logo foram oferecidas pela Pfizer/BioNTech e pelo Instituto Butantan.

Além do dano mensurável em número de mortes evitáveis, carta de centenas de economistas veiculada em março deste ano <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/03/21/economistas-defendem-urgencia-em-vacinacao-e-distribuicao-gratuita-de-mascaras> estimou o prejuízo econômico e fiscal em, no mínimo, seis vezes o custo das vacinas, diante da sua aquisição atrasada e insuficiente:

“A falta de vacinas é o principal gargalo. [...] A redução do nível da atividade nos custou uma perda de arrecadação tributária apenas no âmbito federal de 6,9%, aproximadamente R\$ 58 bilhões, e o atraso na vacinação irá custar em termos de produto ou renda não gerada nada menos do que estimados R\$ 131,4 bilhões em 2021, supondo uma recuperação retardatária em 2 trimestres.

Nesta perspectiva, a relação benefício custo da vacina é da ordem de seis vezes para cada real gasto na sua aquisição e aplicação. A insuficiente oferta de vacinas no país não se deve ao seu elevado custo, nem à falta de recursos orçamentários, mas à falta de prioridade atribuída à vacinação.”

Cabe, pois, demandar reparação diante de tais danos já quantificados ao erário e à sociedade, até porque tentar manter a economia em plena atividade mesmo diante da

calamidade sanitária e negar custeio à compra tempestiva e suficiente das vacinas foram opções que agravaram o comportamento da pandemia da Covid-19 no Brasil.

Se esse diagnóstico parece absolutamente claro agora em meados de 2021, por que os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde ainda precisaram vir a público clamar por mais recursos e denunciar uma controversa agenda de austeridade na gestão do SUS, durante a última reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada na quinta-feira passada?

Em https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/05/011-Ao-Ministro-Sau%CC%81de_Suplementac%CC%A7a%CC%83o-Orc%CC%A7amenta%CC%81ria.pdf **ofício entregue ao Ministério da Saúde,** os gestores subnacionais do SUS pediram R\$40 bilhões adicionais para o enfrentamento da iminente terceira onda da pandemia ao longo de 2021. Segundo o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, “o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde agravou-se ainda mais com a crise sanitária, assim como a redução do orçamento da saúde para 2021, quando comparado ao ano anterior”.

Eis o contexto em que nos indagamos acerca das razões pelas quais a CPI da Pandemia ainda não se ocupou de investigar a execução orçamentária no âmbito do SUS? Não se trata apenas da compra tardia de vacinas, mas de uma série de ações e omissões na gestão federativa da política pública de saúde que contribuíram para o quadro caótico em que nos encontramos.

Há décadas, o Brasil vivencia uma severa e sistemática instabilidade de custeio promovida pela União na política pública de saúde. Dão prova disso os diversos redesenhos normativos no dever federal de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde, em face do parâmetro original inscrito no art. 55 do ADCT.

Tal proporção nunca foi cumprida de fato no ciclo orçamentário federal. À luz do art. 2º, II, da Lei 14.144, de 22 de abril de 2021, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro corrente, **o comando do art. 55 do ADCT – se estivesse em vigor – praticamente dobraria o dever de gasto mínimo federal em saúde (cerca de R\$ 261,2 bilhões, ao invés de R\$ 123,8 bilhões).**

As alterações empreendidas ao longo das Emendas 29/2020, 86/2015 e 95/2016 impuseram uma trajetória proporcionalmente regressiva para a participação da União no volume global de recursos destinados ao SUS pelos três níveis da federação.

Enquanto os pisos em saúde dos Estados e Municípios seguem exatamente os mesmos parâmetros desde a sua fixação pela EC 29/2020 (respectivamente 12% e 15% da receita de

impostos e transferências de impostos), o piso federal no setor já foi alterado por 6 (seis) vezes, conforme se depreende da sequência abaixo:

- 1) Art. 55 do ADCT – parâmetro de 30% do Orçamento da Seguridade Social teoricamente vigente de 1988 a 1999, mas infelizmente nunca aplicado na prática;
- 2) Art. 77, I, alínea “a” do ADCT (Emenda 29/2000) – parâmetro do gasto empenhado no ano anterior acrescido de, no mínimo, cinco por cento (gasto de 1999 + 5%), parâmetro vigente apenas durante o ano de 2000;
- 3) Art. 77, I, alínea “b” e §4º do ADCT (Emenda 29/2000) – parâmetro do gasto do ano anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB. Tal regra vigorou de 2001 a 2012;
- 4) Art. 5º da LC 141/2012 (regulamentando a EC 29/2000) – parâmetro do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, com garantia de que não houvesse redução nominal do piso de um exercício para o outro, em caso de variação negativa do PIB. Foi mantida a sistemática da regra anterior e vigorou de 2013 a 2015;
- 5) Art. 2º, I da EC 86/2015 – subpiso de 13,2% da receita corrente líquida federal, que vigorou apenas em 2016, a despeito de haver sido suspenso pela cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski na ADI 5595;
- 6) Art. 110, I do ADCT (Emenda 95/2016) – 15% da receita corrente líquida, com a revogação do art. 2º da EC 86/2015. Tal parâmetro vigorou apenas para o exercício financeiro de 2017;
- 7) Art. 110, II do ADCT (Emenda 95/2016) – garantia de correção apenas pela inflação (IPCA) do gasto aplicado no ano anterior, durante os exercícios de 2018 a 2036, por força do regime do teto de despesas primárias da União.

A tantas e tão regressivas alterações se somam ações e omissões orçamentário-financeiras (sobretudo nos decretos de contingenciamento e no manejo desproporcionalmente alto de restos a pagar) que reduziram a participação do piso federal em saúde no montante global de recursos vertidos pelos três níveis da federação ao setor, bem como trouxeram um sistemático descumprimento das pactuações federativas celebradas no âmbito do SUS.

A consequência prática de tamanhos redesenhos no piso federal em saúde está evidenciada na sobrecarga de custeio suportada por Estados e Municípios, cuja capacidade arrecadatória é significativamente inferior à da União. A participação federal retraiu de cerca

de 60% no volume global de recursos públicos vertidos ao SUS em 2000 para aproximadamente 42% em 2019, ou seja, uma queda inequívoca de quase 1/3.

As ações e omissões que impuseram essa regressividade à participação federal no custeio do SUS revelam um “estado de coisas inconstitucional”⁵, nos moldes da decisão da ADPF 347, que precariza a política pública de saúde brasileira, com mitigação de suas duas maiores garantias estabelecidas na CF/1988: financiamento fiscalmente progressivo e arranjo orgânico-federativo.

Com a pandemia da Covid-19 e o estado de emergência de saúde pública de importância internacional (reconhecido na Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020), essa histórica fragilidade orçamentário-financeira do SUS foi desnudada e restou factualmente inquestionável para a sociedade.

Para mitigar tal erosão, seria preciso fixar o alcance do princípio da vedação de retrocesso e também do princípio da vedação de proteção insuficiente diante de ações e omissões orçamentário-financeiras que afetam, por via oblíqua, a eficácia do direito à saúde.

Dito de forma ainda mais direta, é preciso refutar o paulatino esvaziamento do arranjo orgânico-federativo e a desconstrução da garantia de piso de custeio da política pública de saúde que têm sido causados pela União, mediante imposição de restrição orçamentária que nega cumprimento às pactuações celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite a que se refere o art. 14-A da Lei Orgânica do SUS.

Antes mesmo da pandemia da Covid-19, a fragilização da capacidade operacional do nosso sistema público de saúde vinha ocorrendo paulatinamente, como comprova notícia⁶ de que, entre 2009 a 2020, foram extintos cerca de 34,5 mil leitos de internação no Brasil.

Nesse contexto de demanda urgente e incontornável de atendimento à pandemia da Covid-19, a crise do SUS emerge como realidade ainda mais dramática, que explica, direta ou indiretamente, significativo contingente de centenas de milhares de mortes acumuladas em 2020 e em 2021 decorrentes do novo coronavírus.

Ora, o SUS chegou operacional e fiscalmente combalido diante da pandemia, por força das sucessivas restrições interpretativas, emendas constitucionais e operações contábeis que, historicamente, causaram retrocesso ao direito à saúde e mitigaram suas garantias de financiamento e de arranjo federativo-orgânico no âmbito do SUS.

5 Como suscitado em Pinto EG. Estado de Coisas Inconstitucional na política pública de saúde brasileira [artigo na Internet]. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2017 (Futuros do Brasil: Ideias para ação). Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Elida_Graziane.pdf

6 Como se pode ler em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-perdeu-34-5-mil-leitos-de-internacao-entre-2009-e-2020,70003243158>

A compra tardia de vacinas e a opção pela imunidade natural de rebanho são, nesse sentido, apenas evidências contemporâneas dessa antiga lógica enviesada que reduzia a participação federal no financiamento federativo do SUS, ao custo da sobrecarga fiscal dos entes subnacionais e do acúmulo de mortes evitáveis ao longo de décadas a fio.

A acomodação histórica das mortes acumuladas a pretexto de ajuste fiscal reducionista do SUS foi desnudada e se tornou socialmente insustentável com a pandemia da Covid-19. A realidade atual tem exigido dos sistemas de saúde de todas as nações um esforço hercúleo para prevenção e redução do contágio, bem como para mitigação dos danos ocasionados à saúde daqueles acometidos com os problemas respiratórios decorrentes.

Segundo o Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC, no seu estudo denominado “O Brasil com baixa imunidade: Balanço do Orçamento Geral da União 2019” (disponível em <https://www.inesc.org.br/obrasilcombaxaimunidade/>), o gasto federal em saúde de 2019 corresponde ao patamar de 2014, tamanha a sua estagnação fiscal.

Mesmo com 7 milhões a mais de habitantes no Brasil em 2019 em face de 2014, a União ter aplicado em 2019 patamar equivalente a 2014 em ações e serviços públicos de saúde é uma constatação dramaticamente reveladora da regressividade federal de custeio no SUS.

O problema é que nem mesmo a calamidade pública decorrente da Covid-19 alterou o padrão de atuação omissa, insuficiente e errático do Ministério da Saúde, como se depreende do voto do Ministro Benjamin Zymler constante dos autos do TC 014.575/2020-5 que tramita no Tribunal de Contas da União. A seguir arrolamos alguns dos seus principais apontamentos:

- 6) a despeito de ter tido uma dotação autorizada de R\$69,88 bilhões no âmbito da ação 21C0, dos quais R\$63,74 bilhões foram destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento especificamente sanitário da pandemia, o SUS efetivamente só contou com R\$41,75 bilhões, porque o **Governo Federal deixou de executar praticamente o expressivo saldo de R\$22 bilhões em relação aos créditos extraordinários abertos no Orçamento de Guerra (Emenda 106/2020) no ano passado;**
- 7) a escolha em negar plena e adequada execução orçamentária ao SUS agravou a capacidade de resposta do Ministério da Saúde na transição de 2020 para 2021. Isso porque, dos R\$21,75 bilhões transpostos de 2020 para 2021, R\$19,9 bilhões se referem a vacinas e a **margem restante (R\$1,65 bilhão) é insuficiente para as demais demandas a cargo da pasta no enfrentamento da Covid-19** no presente exercício financeiro;

- 8) **o Governo Federal simplesmente não previu qualquer centavo para a Ação 21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ação orçamentária especificamente destinada relativa ao enfrentamento sanitário da pandemia) no projeto de lei orçamentária de 2021.** Vale lembrar que tal ação recebera em 2020 R\$63,74 bilhões e que o PLOA-2021 teve sua aprovação no Congresso apenas em 25 de março deste ano, o que permitiria que o Executivo federal tivesse enviado mensagem modificativa do projeto para corrigir a omissão diante do agravamento da calamidade sanitária em país se encontra desde dezembro de 2020;
- 9) **a unidade técnica do Tribunal de Contas da União, responsável pela fiscalização da política pública de saúde federal, não teve acesso a planos e documentos afins que atestassem a existência formal de estratégia de enfrentamento da Covid-19 pelo Ministério da Saúde;**
- 10) **foi retomada a conclusão do Acórdão TCU 2817/2020 – Plenário de que falta uma estratégia nacional de enfrentamento da pandemia no país.**

Em suma, o diagnóstico do TCU é contundente em apontar que, mais uma vez, mesmo diante da maior crise sanitária mundial das últimas décadas, a União se eximiu do seu papel nuclear de coordenar uma resposta sanitária federativamente equilibrada e fiscalmente suficiente em busca do fortalecimento do SUS.

O acúmulo de centenas de milhares de mortes majoritariamente evitáveis nada mais é do que uma consequência diretamente imputável a esse histórico estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde do país.

Há décadas o Brasil convive com o caos fiscal do SUS, acatando silenciosa e opacamente o acúmulo de mortes evitáveis, a pretexto de falsas restrições orçamentário-financeiras apostas ao custeio da nossa maior conquista civilizatória de 1988.

Tantos redesenhos no piso federal em saúde e tamanhas manobras na execução orçamentária do Ministério da Saúde mesmo durante a gestão da crise da Covid-19 deveriam ser investigados pela CPI da Pandemia como faces da mesma moeda.

Se a CPI trazer a demanda, direta ou indiretamente, de que o Congresso se comprometa com a correção das disparidades federativas no âmbito do SUS, esse certamente seria o seu maior legado, até mesmo em busca de alguma reparação normativa em relação às vidas perdidas de quase meio milhão de brasileiros nesta pandemia.

Anexo 8

Artigo de José Roberto Afonso e Élide Graziane Pinto, denominado “**Pouca Saúde**”, publicado em 20 de maio de 2020 e disponível em <https://diplomatie.org.br/pouca-saude/> e em <https://joserobertoafonso.com.br/attachment/199890>

POUCA SAÚDEi

José Roberto Afonso ii

Élida Graziane Pinto iii

Não se deu até aqui prioridade necessária dentro do orçamento federal para gastar com saúde, nem mesmo para as ações específicas de combate à Covid-19 diante de uma tragédia humana, social e econômica, anunciada e crescente.

Muito antes de ser confirmado o primeiro caso no País, em 3 de fevereiro foi declarada emergência nacionaliv e, três dias depois, promulgada a Lei 13.979, que coordena as medidas sanitárias.v Em 20 de março, o Congresso Nacional reconheceu a calamidade pelo Congresso Nacional para acionar o regime de exceções previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal.vi

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírusvii já alertava, também desde fevereiro, que eventuais erros no acompanhamento dos riscos da doença deveriam ocorrer pelo excesso de precaução. Negligência e omissão não poderiam ser admitidas, sob pena da escalada de mortes evitáveis.

Muito antes do carnaval, já se sabia que era necessário adquirir em larga escala testes, equipamentos de proteção individual, insumos hospitalares, medicamentos, respiradores etc. O Ministério da Saúde chegou a orientar gestores estaduais, distritais e municipais, diante da possibilidade de superação da capacidade de resposta do SUS, que adaptassem e ampliassem leitos e áreas hospitalares, bem como promovessem a contratação emergencial de leitos de UTI. A União, contudo, não fez sua parte.

A rápida resposta regulatória e legislativa não encontrou eco no orçamento da União. Há uma lenta e insuficiente execução, mesmo depois que ficou claro que as regras fiscais não impediam sua pronta e ampla resposta orçamentário-financeira em caráter extraordinário, haja vista o forte amparo hermenêutico dado pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 6357.viii Entre o que se anuncia e o que se efetivamente desembolsa há um abismo.

Até o dia 14 de maio, o Ministério da Saúde somente pagou R\$ 8,0 bilhões na Ação 21C0, que trata especificamente do enfrentamento sanitário da pandemia no âmbito do Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme publicado em seu portal.ix Ora, a dotação orçamentária na data era de R\$ 18,9 bilhões reais, decomposta conforme tabela a seguir.

Tabela 1 – Orçamento da ação 21C0 no FNS
atualizado em 14/05/2020

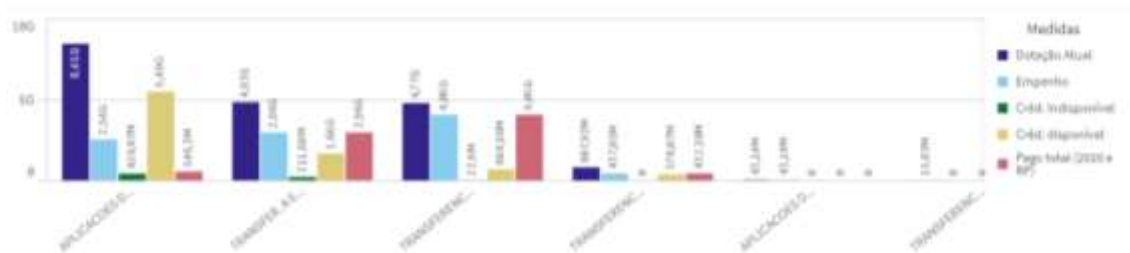
Item	R\$ bilhões
Dotação Atualizada	18,9
Crédito Disponível	8,2
Crédito Indisponível	0,7
Despesas Empenhadas	10,1
Despesas Líquidas	8,0
Despesas Pagas	8,0

Elaboração própria. Fonte Primária: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <https://bit.ly/35WAFi2>.

A despeito de a dotação autorizada para a ação 21C0 especificamente no âmbito do FNS montar a R\$18,9 bilhões, só 42% ou R\$ 8 bilhões foram efetivamente pagos até 14 de maio último, em que pese a escalada das contaminações e mortes cerca de 188 mil e 14 mil, respectivamente, até aquela data).

O maior atraso de execução orçamentária reside precisamente na subfunção de aplicação direta pelo Ministério da Saúde. Como o gráfico a seguir bem evidencia, muito embora haja a previsão de R\$ 8,45 bilhões em aplicações federais diretas, somente houve saldo real de despesas pagas de R\$ 546,3 milhões:

Gráfico 1 – Execução orçamentária do FNS-Covid19 por Subfunção
atualizado em 14/05/2020



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <https://bit.ly/35WAFi2>

Vale lembrar, por exemplo, que a decisão de cancelamento da compra de 15 mil respiradores pelo Ministério da Saúde (que traria ganho de escala e capacidade de resposta nacional para a falta do aludido equipamento) pode explicar parcialmente essa letargia de execução orçamentária.x

A falta de diálogo efetivo, bem como a insuficiência e a velocidade dos repasses aos fundos estaduais e municipais de saúde também merecem registro destacado, conforme se pode ler nas matérias: “*Entidades que apoiavam Mandetta dizem ter sido barradas em posse de Teich: Conass e Conasems, que representam secretários estaduais e municipais, mantinham contato direto com o antigo ministro*”^{xi}; “*Por favor, mais compaixão*”^{xii}; “*Doria diz que SP não recebeu ajuda de novo ministro da Saúde para combate ao coronavírus: 'máscara, respirador, leito, nada'*”^{xiii}

O ritmo lento e insuficiente da execução orçamentária do Ministério da Saúde pode ser claramente compreendido no longo lapso entre 13/04 a 12/05/2020 com reduzido fluxo de transferências fundo-a-fundo, conforme se observa a partir do gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Cronograma de liberações do FNS-Covid19, por tipo de repasse
atualizado em 14/05/2020



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <https://bit.ly/35WAFi2>

Para que se tenha em mente o quanto e com o que foram quitadas despesas na Ação 21C0, dentro do Ministério da Saúde, com base nos dados disponíveis no portal Tesouro Transparente, a discriminação das fontes de recursos e da natureza das despesas executadas, nas tabelas a seguir:

Tabela 2 – Fontes dos recursos pagos das Ações 21CO no Ministério da Saúde
atualizado até 14/05/2020

Fonte de Recursos	Despesas Pagas
00 - Recursos Ordinários	928.502.580
21 - Rec.Oriundos de Leis ou Acordos Anticorrupção	1.001.941.554
51 - Recursos Livres da Seguridade Social	297.681.649
53 - Rec.Dest. às Atividades-Fins Seguridade Social	4.684.814.826
88 - Remuneração das Disponib. do Tesouro Nacional	1.074.377.665
Total	7.987.318.275

Fonte Tesouro Transparente <<https://bit.ly/3bxHHLs>>

Tabela 3 – Natureza das despesas pagas das Ações 21CO no Ministério da Saúde
atualizado até 14/05/2020

Natureza da Despesa	Despesas Pagas
333141 - Transf. a Estados e DF - Contribuições - Fundo a Fundo	2.963.400.739
334141 - Transf. a Municípios - Contribuições - Fundo a Fundo	4.053.805.509
338030 - Material de Consumo	415.121.875
338041 - Contribuições	17.255.000
339030 - Material de Consumo	154.559.881
339033 - Passagens e Despesas com Locomoção	104.134
339034 - Outras Desp.Pessoal Dec. Contratos Terceiriz.	40.352
339039 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	28.339.144
339048 - Outros Auxílios Financeiros à Pessoa Física	37.225.741
449051 - Obras e Instalações	45.465.739
449052 - Equipamentos e Material Permanente	272.000.160
Total	7.987.318.275

Fonte Tesouro Transparente <<https://bit.ly/3bxHHLs>>

O cenário é ainda mais preocupante porque, na medida em que avançam mortes e infectados, o governo federal resolveu politizar a necessidade de auxiliar os governos estaduais e municipais. São os entes subnacionais que respondem por cerca de 95% da despesa pública com assistência médica e hospitalar, mas terão dificuldades para se financiar e funcionar diante do impacto da recessão sobre a sua arrecadação própria, sem que possam se endividar como no caso da União. Até mesmo a rede privada de saúde deve enfrentar problemas financeiros, como já ocorreu em muitos países europeus, onde houve, aliás, estatização em alguns casos.

Para fundamentar porque é urgente um reposicionamento estratégico e gerencial diante do gasto público, este artigo apresenta estatísticas oficiais para comprovar a falta de prioridade orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS. Antes da pandemia, ele já sofria dificuldades

para se financiar, sendo o Brasil dos governos que respondem por menor parcela da despesa nacional com saúde^{xv}.

Até 14/05/2020, como informado pelo portal do Tesouro Transparente^{xvi}, na ação denominada “Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância” (código 21C0), a título de crédito extraordinário, foram previstas despesas de até R\$ 18,9 bilhões a cargo do Ministério da Saúde, dos quais apenas R\$ 8,0 bilhões tinham sido pagas.

Conforme detalhado na tabela a seguir, a falta de prioridade é evidenciada quando se constata que os pagamentos de R\$ 8,3 bilhões no total da ação 21C0, que envolve outros ministérios para além do da saúde, representam irrisórios 3,2% do montante global de R\$ 258,5 bilhões de gastos previstos no orçamento federal só para Covid-19.^{xvii} Essa proporção até sobe para 12,2% na participação nas despesas já pagas em R\$ 67,7 bilhões.

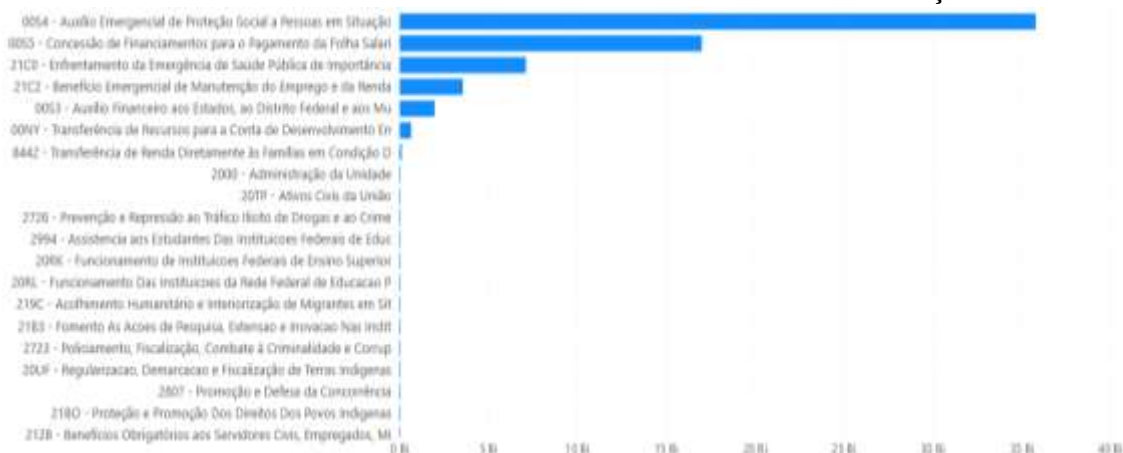
Tabela 4 - Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19 -
atualizado até 14/05/2020

Ações Federais	Previsão de Gastos (R\$ Bilhões)	Despesas Pagas			
		R\$ Bilhões	% do Total	% Previsto Global	% Previsto Ação
Auxílio Emergencial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade	123,9	36,1	53,3	14,0	29,1
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51,6	3,6	5,3	1,4	6,9
Concessão de Financiamento para Pagamento de Folha Salarial	34,0	17,0	25,1	6,6	50,0
21C0- Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância	23,8	8,3	12,2	3,2	34,9
Auxílio Emergencial aos Estados, Municípios e DF	16,0	2,0	2,9	0,8	12,3
Ampliação do Programa Bolsa Família	3,0	0,1	0,2	0,0	3,6
Transferência para a Conta de Desenvolvimento Energético	0,9	0,7	1,0	0,3	72,2
Despesas Adicionais dos Demais Ministérios	5,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	258,5	67,7	100,0	26,2	26,2
Total (Em % do PIB)	3,53	0,92	-	-	-

Elaboração Própria. Fonte Primária: Tesouro Transparente < <https://bit.ly/3bxHHLs>>. Nota: PIB projetado pela IFI (R\$ 7.321,3 bilhões)

Além de ter pouco orçado para o combate direto à calamidade, a falta de prioridade fica clara conforme a comparação das ordens de grandeza abaixo envolvidas

Gráfico 3 - Gastos da União com Combate à COVID-19 - Por Ação



Fonte: Tesouro Transparente <<https://bit.ly/3bxHHLs>>

Outros fatos agravam o cenário. A primeira abertura de crédito extraordinário foi feita à custa de remanejamento de R\$ 4,8 bilhões dos recursos do próprio Ministério da Saúde, subtraindo recursos do custeio da atenção básica de saúde e da assistência hospitalar e ambulatorial.^{xviii}

Aliás, a indicação de fonte de custeio para os R\$18,9 bilhões previstos na ação 21C0 para o Ministério da Saúde e relativa ao enfrentamento sanitário da Covid-19, demonstra que não houve expansão do financiamento do SUS diretamente^{xix} mediante aumento imediato e correlato do endividamento federal, como tem sido feito no restante do mundo.^{xx} Chega a ser dramático que o Ministério da Saúde tenha perdido cerca de R\$5,7 bilhões,^{xxi} até agora, em diversos remanejamentos das suas dotações originais.

Esse é o dado que podemos depreender da leitura da tabela abaixo do Conselho Nacional de Saúde, emitida em 14 de abril passado:

Boletim Cofin/CNS 2020/04/12-RB-FF-COR							
ID Uso (Cod) 6 - ASPS Até 14/04/2020 23h00							
	Dotação Inicial	Dotação Autorizada	Créditos Adicionais	Dotação Cancelada/Remanejada	Crédito Indisponível	Crédito Disponível	Empenhado
Empenhado						138.411.186.964,00	
Total	125.136.954.837	138.411.186.964	13.274.322.127	-5.657.583.890	1.761.636.636	85.941.806.641	50.707.743.686
		Acréscimo de	10,6%		1,3%	62,1%	36,6%
Comentários							
1-A Dotação Autorizada do MS para ASPS foi R\$ 138,4 bilhões, o que representou um acréscimo de 10,6% em relação à dotação inicial da LOA.							
2-Houve um remanejamento de recursos dentro do orçamento ASPS do MS de R\$ 5,658 bilhões para a criação da ação orçamentária de combate à pandemia; esse valor somado aos créditos adicionais totalizaram R\$ 18,932 bilhões para essa nova ação orçamentária. Em outros termos, essa nova ação orçamentária para as despesas do COVID-19 teve 29,9% de recursos remanejados de outras ações do orçamento ASPS do MS e 70,1% de recursos adicionais ao orçamento do MS.							

^xElaboração: Francisco R. Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocke-Reis.

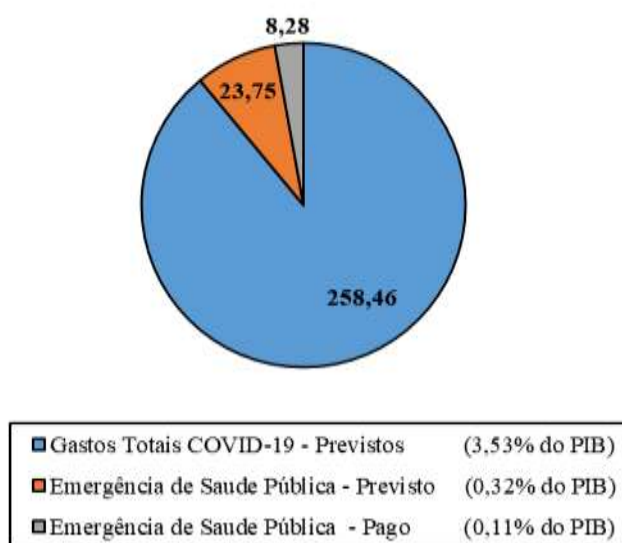
Fonte: Adaptado de Siga Brasil Relatórios. Consulta do Universo LOA2020 - Despesa Execução.

Disponível em <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil> (Acesso em 14/04/2020 às 23h59).

Noutro enfoque, contrastam os R\$ 8,3 bilhões pagos da ação do Covid-19 vis-à-vis os R\$ 1,169 trilhão que o Ministério da Economia estima como resposta estatal à pandemia (textualmente, dito “total destinado ao combate à pandemia [de]: R\$ 24,3 bilhões” para ações de saúde).^{xxii} A isso deve se somar o compromisso assumido pelo Banco Central de assegurar liquidez ao mercado financeiro que pode chegar até o montante de R\$ 1,2 trilhões. Os desembolsos extraordinários da União efetivamente quitados para a saúde pública deixam a desejar até mesmo quando comparados ao suporte prestado para saúde privada. ^{xxiii}

Mais detalhamento das contas no portal de Transparência revela que 88% do pouco que foi efetivamente pago constituiu transferências^{xxiv} para estados (R\$ 2,9 bilhões) e municípios (R\$ 4,0 bilhões), através de fundos para gastos correntes. Na prática, quase não houve pagamento de aplicações diretas (como se nada tivesse sido comprado pela União), muito menos de despesas de capital (investimento nulo).

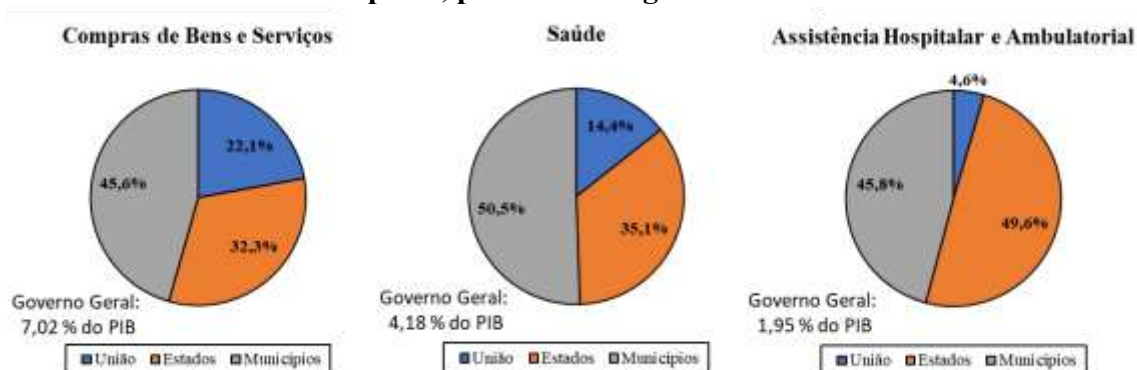
Gastos COVID-19: Total x Saúde - (Atualizado até 14/05/2020)



Elaboração Própria. Fonte Primária: Tesouro Transparente. Nota: PIB projetado pela IFI (R\$ 7.321,3 bilhões).

Os números do orçamento da União escancaram uma tripla falta de prioridade: para o combate direto à pandemia, para a saúde pública e, sobretudo, para a federação. Neste último caso, é importante atentar que a execução da política pública de saúde é profundamente descentralizada, algo ímpar entre as funções de governo no País. Tanto é assim que, do ponto de vista da execução direta da despesa pública com assistência médico-hospitalar, a rede federal mal responde por 5% do gasto nacional. Ou seja, o governo federal é um grande financiador, mas um irrisório executor – vide Gráficos.

Despesas, por esfera de governo - 2018



Elaboração própria. Fontes Primárias: BSPN/STN e Siga Brasil. NOTA: O gráfico de “Compras de Bens e Serviços”, corresponde ao somatório das despesas com “Uso de bens e serviços” e “Consumo de capital fixo”. Os gastos de “Saúde” e “Assistência Hospitalar” equivalem as despesas empenhadas na respectiva função e subfunção, já excluídas as transferências intergovernamentais. Cálculos de Kleber Castro.

A destinação dos recursos a Estados, Distrito Federal e Municípios até o momento foi feita em três formatos: habilitação de leitos de UTI considerando os planos de contingência estadual; valores *per capita* e como parcela extra do Piso de Atenção Básica e Média e Alta Complexidade, conforme perfil da gestão de cada unidade federada. Tal metodologia de cálculo dos repasses desconsidera, contudo, as severas desigualdades regionais e vazios assistenciais existentes, aferível, por exemplo, a partir do número de leitos de UTI por 10 mil habitantes^{xxv}. A isso se soma a considerável distorção de oferta de leitos privados e públicos em todo o território nacional. A desigualdade de acesso aos leitos acentua as diferenças territoriais, sociais e econômicas, arrastando as populações a condições ainda mais vulneráveis.

A título de exemplo, o Estado do Amazonas – que já teve o colapso assumido até na forma de pedido de intervenção federal na área da saúde^{xxvi}, recebeu acréscimo de cerca de R\$ 213,67 milhões, em repasses federais ao respectivo fundo estadual e aos fundos municipais de saúde até 14 de maio.

Ideal é que o governo federal promova diálogo mais amplo e efetivo com os respectivos pares da gestão federativa e do controle social do SUS, para fins de rateio equitativo do custeio das obrigações sanitárias excepcionalmente agravadas durante a pandemia da Covid-19. A restrição burocrático-orçamentária chegou a dar causa até mesmo a repasses exclusivamente para despesas correntes, o que, no limite, impediria os entes subnacionais adquirirem materiais permanentes, como respiradores. A troca de comando do Ministério da Saúde deve agravar a lenta resposta da União.

Era de se esperar que diante de uma inédita pandemia fosse mudado um padrão já histórico de subfinanciamento da saúde pública pela União^{xxvii} e crescente dependência de custeio direto por Estados e Municípios, que respondem por cerca 60% do financiamento das despesas do governo consolidado com a função saúde (equivalente a 4,2% do PIB em 2018) mas salta para 86% da execução direta – ou 95% no caso da subfunção de assistência médico e hospitalar.^{xxviii} Muito da distorção decorre da defasagem dos valores repassados pelo Ministério da Saúde na forma de incentivos e preços de procedimentos tabelados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.^{xxix} Mais um conflito que já chegou ao Judiciário – em debate, entre outras hipóteses, na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5595.^{xxx}

Esse cenário não se alterou mesmo diante de uma inédita pandemia e da unanimidade de uma resposta emergencial: pouco se avançou na correção da defasagem das tabelas^{xxxi} e, como já demonstrado, pouco se transferiu a mais e melhor para outros governos. Sendo o SUS tão sensível às finanças estaduais e municipais, é possível antecipar um novo e grave impacto na disposição de seus recursos, nas próximas semanas, particularmente até o final de maio, decorrente de forte retração na arrecadação justamente dos seus impostos vinculados à saúde. Há evidências apontando para perda de receita na casa dos 30%, muito pior que retração projetada em 5% do PIB brasileiro.^{xxxii} Impostos sobre vendas (como o ICMS estadual e o ISS municipal) tendem a sofrer mais rápida e intensamente do que outras bases de cálculo (como renda e salários) dominadas pela União, a única também a emitir dívida mobiliária federal, moeda e medida provisória.

Sem um auxílio financeiro mínimo da União e rateado entre entes federados segundo critérios técnicos, não restará outra opção para Governadores e Prefeitos que financiem seus gastos, atrasando pagamentos a fornecedores e servidores, atitude essa que poderá atingir a rede conveniada de prestadores de serviços no SUS, afetar quem vende equipamentos e insumos hospitalares e até mesmo prejudicar a remuneração de médicos, enfermeiros e demais profissionais que estão diretamente na linha de frente do combate à pandemia. Não só para saúde, também a economia pode entrar em colapso pela retração fiscal estadual e municipal porque, diretamente, governos municipais respondem por 46% e estaduais por 32% das compras de bens e serviços dos governos brasileiros, para consumo e para investimentos fixos (contra apenas 22% do federal), o que agravaria ainda mais a inédita retração da demanda privada. Isto formará um círculo vicioso, com o colapso dos serviços públicos locais agravando a recessão e derrubando ainda mais a arrecadação tributária, inclusive da União, que precisará se endividar ainda mais.

É emblemático que o Centro de Estudos Estratégicos do Exército Brasileiro, em face da Covid-19^{xxxiii}, para se avaliar a situação e orientar a tomada de decisões, propõe acompanhar indicadores que não sejam apenas os de saúde que todo dia se divulgam (contagem de pessoas contaminadas, mortas e recuperadas) como também números de trabalhadores demitidos, empresas fechadas, estoques de combustíveis, de assassinatos, roubos e furtos, de saques, bem como valor da arrecadação de impostos “essencial para a saúde financeira dos entes federados”.^{xxxiv}

O cenário a ser monitorado, como defendido no âmbito do Ministério da Defesa, sinaliza que são duas questões cruciais que precisam ser melhor solucionadas e de forma premente: alocar mais recursos à saúde e também sustentar minimamente as finanças estaduais e, sobretudo, municipais que constituem os principais gestores do SUS.^{xxxv} É importante destacar que, na média da OCDE, governos subnacionais respondem por apenas 38% do gasto público nacional com saúde e já é considerado bem descentralizado pela aquela organização. Peso relativo daqueles governos acima da casa dos 80% na OCDE, como se constata no Brasil, é encontrado na Espanha e na Itália e em alguns países nórdicos.^{xxxvi}

Se já se formou consenso, inclusive jurídico, de que regras fiscais não impedem a expansão de gastos e de dívidas para atender a calamidade, é urgente que haja racionalidade técnica (para não falar em bom senso) para priorizar efetiva e concretamente os gastos com combate à Covid-19 e também para proteger as finanças estaduais e municipais.

Chama-se atenção que não se trata de a União oferecer um auxílio, a título de benesse, como mais uma transferência voluntária. É preciso restaurar o potencial arrecadatório estadual e municipal subtraído pela recessão sob risco de colapso em de serviços públicos essenciais que, na Federação brasileira, são atribuídos àqueles governos – como, por exemplo, educação básica obrigatória, administração prisional, segurança pública, gestão de resíduos sólidos, tratamento de água e esgoto, manutenção de vias públicas, guarda patrimonial e mobilidade urbana. A desordem social acarretaria uma desorganização ainda maior dos negócios, já abalado diretamente pela COVID-19, assim como a própria a União acabaria afetada também na sua capacidade de arrecadar impostos, quando não até mesmo para emitir títulos.

Até meados de maio, a execução orçamentária da União e o posicionamento de suas autoridades econômicas em relação ao socorro financeiro para Estados e Municípios constituem uma confissão da incapacidade ou desinteresse em exercer a atribuição constitucional de coordenar, planejar e financiar o SUS. É como se a União relutasse em assumir sua responsabilidade central diante da federação brasileira nas ações e serviços públicos de saúde

necessárias ao enfrentamento da pandemia, bem como se recusasse ao amparo fiscal de última instância aos demais serviços públicos essenciais. Apostar na falência fática dos governos subnacionais e na descontinuidade dos serviços por eles prestados são iniciativas que têm o potencial de causar anomia e severa insegurança no tecido social e econômico, como bem já foi dito no plano estratégico do Exército.

Há uma janela a se fechar de poucos dias e semanas para se corrigir as omissões e insuficiências dessa errática descoordenação sanitária, fiscal e federativa no Brasil. Há que se corrigir a prioridade orçamentária e a gestão das ações nacionais de saúde e há que se assegurar o funcionamento mínimo de todos entes federados para evitar uma nova e anunciada tragédia que agrave a da Covid-19.

i Versão ampliada e atualizada de texto originariamente publicado no Portal360, em 28/04/2020.

ii Professor do Instituto de Direito Público (IDP), Pós-doutorando pela Universidade de Lisboa e Doutor em Economia pela UNICAMP.

iii Professora da EAESP-FGV, Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo, Pós-Doutora pela EBAPE-FGV e Doutora em Direito pela UFMG.

Esta é uma versão ampliada do artigo publicado no Poder 360, originalmente em 28/4/2020.

iv Portaria n. 188, de 3/2/2020, disponível em: <https://bre.is/cofRqwBB>

v Essa lei retoma a centralidade da requisição administrativa, de natureza compulsória, que foi adotada, em larga escala, na segunda guerra mundial. Ver íntegra da Lei em: <https://bre.is/JL2Vj2bK>

vi Aliás, legislação COVID-19 pode ser acompanhada em: <https://bre.is/TYuFqLh3>

vii Ver íntegra do plano em: <https://bre.is/NDZgP4SH>

viii Cautelar disponível em <https://bre.is/wenRssjP>

ix Consultar em <https://bit.ly/35WAFi2>

x Como se pode ler em <https://bit.ly/35WqD0x> e <https://bit.ly/3cAM2ic>

xi: <https://bit.ly/2WS9i4J>

xii <https://bit.ly/35YHLm8>

xiii <https://glo.bo/2T3YzDf>

xiv José Roberto Afonso e Kleber Pacheco de Castro, no artigo “Saúde pública tem remédio?”, mostram como a distribuição federativa do gasto na função saúde foi transferido em grande parte da União para os governos subnacionais, tanto pela ótica da execução, como também pela ótica do financiamento. Disponível em: <https://bit.ly/3d063ib>

xv Vide apresentação de André Médici, “Structuring and Financing of the Brazilian Health System: History and Challenges”. Disponível em <https://bit.ly/3aDmPC6>. Segundo o autor, o gasto público representa aproximadamente 48% do gasto total em saúde no Brasil, o que o coloca em posição inferior aos seus pares na comparação internacional: países em desenvolvimento têm uma média de 57% nesse indicador, enquanto países latino-americanos chegam a 58%. Já no caso dos países da OCDE – grupo ao qual o Brasil pleiteia um lugar – o gasto público em saúde responde por mais de 72% do gasto total em saúde. Apesar disso, o setor tem peso crescente na economia nacional: a última Conta Satélite da Saúde no Brasil mostra que atividades de saúde aumentaram de 6,1% para 7,6% o peso na geração do valor adicionado bruto, entre 2010 e 2017, bem assim de 5,3% para 7,1% no total de postos de trabalho no mesmo período, com

remunerações acima da média da economia – tanto que respondiam por 9,6% do total nacional em 2017. Disponível em: <https://bre.is/UFkfgmtE>.

xvi Consultar na página da STN em: <https://bre.is/rv3YtAPt>.

Mesmas contas aparecem no portal Siga Brasil do Senado Federal em: <https://bre.is/sDSq9xYM>

xvii Em proporção do PIB estimado pela IFI para 2020, o gasto previsto equivale a 3.1% do PIB e o total pago até aqui a somente 0.77% do PIB.

xviii A Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020, apenas fez remanejamento de fontes de custeio dentro das dotações já disponíveis no Ministério da Saúde, como debatido em artigo de Élide Graziane Pinto, José Roberto Afonso e Leonardo Ribeiro, denominado “Calamidade, regras fiscais e responsabilização”, disponível em <https://www.conjur.com.br/2020-abr-06/opinioao-calamidade-regras-fiscais-responsabilizacao-parte-ii>.

xix A tendência é de que isso ocorra indiretamente, na medida em que o Tesouro tende a sacar superávit financeiro e diminuir seu caixa único, o que, por sua vez, exigirá aumento das operações compromissadas do Banco Central. Infelizmente, contudo, essa triangulação não fica clara para a sociedade, pela forma opaca como estão sendo tratadas as contas públicas, sem separar as despesas ordinárias das decorrentes de créditos extraordinárias.

xx Das despesas pagas com a citada ação da saúde, até 24 de abril, quase tudo proveio de duas fontes: destinações para seguridade social e de acordos anticorrupção. No geral, muito está sendo provido a conta de superávits financeiros acumulados em exercícios anteriores e que, se aproveita a pandemia, para sua desvinculação e correspondente saque do caixa único – seu saldo foi reduzido em R\$ 101,5 bilhões em apenas 17 dias de abril, que, por sua vez, em muito contribuiu para aumentar em R\$ 154 bilhões as operações com títulos públicos no mercado secundário. Indiretamente, se aumentam as operações compromissadas e a dívida pública, mas tudo isso feito de forma muito pouco transparente, ao contrário do princípio do chamado “orçamento de guerra”.

xxi Conforme noticiado no Boletim Cofin/CNS 2020/0414/2, de 14/04/2020, elaborado por Francisco Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocké-Reis.

xxii Balanço do Ministério da Economia disponível em: <https://bre.is/2PS5NWcq>

xxiii Os planos de saúde tiveram sua margem financeira de atuação ampliada em R\$ 15 bilhões por meio da liberação de provisões técnicas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ver no portal da ANS em <https://bre.is/wMe2PqZ3>

xxiv Conforme Fernandes, G. A. A. L e Pereira, B. L. S. Os desafios do financiamento da ação de enfrentamento ao COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Mimeo.

xxv Como divulgado em <https://bre.is/F68w6gpC>

xxvi Noticiado em: <https://bre.is/a9MaK3TR>

xxvii Dentre outros, ver críticas em artigo da autora Elida Graziane Pinto (em <https://bre.is/qS8XqakX>) e nota do CONASS e CONASEMS (em <https://bre.is/Ar39AtTU>)

xxviii Dados do Tesouro Nacional atualizados (2019). Muitos entes federados gastam em saúde muito acima do mínimo exigido pela Constituição (12% e 15% da receita de impostos, estaduais e municipais). No caso das prefeituras, esse indicador de gasto em saúde como proporção dessa receita tem se mostrado crescente, como atestado pelo Anuário Multicidades da FNP de 2020 (disponível em <https://bit.ly/355iPsE>): saltou de 16,5% de sua receita era destinada à saúde em 2002 para 23% em 2018, na média dos municípios.

xxix Denunciada em cartilha apresentada pela Confederação Nacional dos Municípios ao Conselho Nacional do Ministério Público em: <https://bre.is/tukZGeEp>

xxx Cujas medidas cautelares concedidas em defesa da progressividade do piso federal em saúde estão disponíveis em <https://bre.is/2YyUAhhq>

xxxi Originalmente, o repasse ofertado pelo SUS era de R\$ 800, através da Portaria nº 568 de 26 de março de 2020 (disponível em: <https://bit.ly/358Y7bi>). Posteriormente, em 08 de abril, a portaria foi republicada, revendo o valor para R\$ 1.600 (disponível em: <https://bit.ly/2W2PwTF>).

xxxii Para antecipar e simular tais impactos, vale citar que uma rede de meio de pagamento apurou uma retração geral de suas vendas de 36.6% na semana fechada em 23 de abril contra período anterior ao surto, mas com quedas de 45.1% em postos de gasolina, 44% em serviços em geral, 72.1% em bares e restaurantes e 91.3% em turismo e transporte. Ver boletim CIELO do impacto do COVID-19 no varejo brasileiro, de 24/4/2020: <https://bre.is/LoyBUB9x>

Os dados dos meios de pagamento corroboram tendências de decréscimo acentuado e contínuo na emissão de notas fiscais eletrônicas, da movimentação do ICMS, em dezenas de estados brasileiros, consolidadas diariamente e divulgadas no portal da Secretaria de Fazenda do Rio Grande do Sul – ver em: <https://bre.is/YAbzTeNP> Até 27 de abril, o volume de vendas nas notas fiscais ao consumidor acumulavam perdas de

xxxiii Vide documento do Centro de Estudos Estratégicos do Exército, publicado em 2/4/2020. Disponível em: <https://bit.ly/2xegwHs>

xxxiv É coerente a preocupação com arrecadação local pelo Centro do Exército com o plano estratégico que traça. Ao defender a coordenação das medidas sociais e de recuperação, alerta que foram criados gabinetes de crise nos governos federal e estaduais mas a prioridade está no nível local: “... se apresenta como oportuna e muito urgente a ativação de uma estrutura de coordenação nacional de medidas sociais e de recuperação econômica, que tenha como foco a ação nos municípios.”

xxxv Nem mesmo nos Estados Unidos com seu dito federalismo competitivo, em que pesem os conhecidos conflitos federativos, o governo federal deixou de aumentar extraordinariamente o gasto público para transferir recursos aos governos subnacionais que também lá lideram a execução direta das ações de saúde sem um sistema nacional como o SUS.

xxxvi Dados constam do documento “COVID-19 and fiscal relations across levels of government”, publicado em 21 de abril ultimo (ver figuras 1 e 2) – consultas a partir de: <https://bre.is/r6gRbh4K>